



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



## **Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud**

Centro de Estudios Interdisciplinarios

**Universidad Nacional de Rosario**

**El valor de la sonrisa en los jóvenes:** evaluación de los programas de atención y de cuidado de la salud bucal del Centro de Promoción de Salud Estudiantil Dr. Ramón Carrillo (CPSERC) de la Universidad Nacional de Formosa (UNaF) 2016.

**Maestrando: Dra. Reyes, Mónica Silvia**

**Directora de Tesis: Dra. Albarenque, María Susana**

## **Resumen Ejecutivo:**

El siguiente trabajo de investigación tuvo como propósito evaluar la implementación de los programas de atención y cuidado de la salud bucal en el Centro de Promoción de Salud Estudiantil denominado “Dr. Ramón Carrillo” (CPSERC), de la Universidad Nacional de Formosa (UNaF), para los estudiantes atendidos, en el año 2016. En él se ha detectado un elevado porcentaje de ausencia o pérdida prematura de piezas dentales de los alumnos. Para ello, se tuvo en cuenta las funciones y fines del CPSERC, para las estrategias de atención odontológica en el cuidado de la salud bucal. Como punto inicial se evaluó el perfil socioeconómico, los conocimientos de técnicas de higiene bucal, las actitudes de los estudiantes y la atención profesional recibida. Se hizo hincapié en los programas orientados en la atención y la prevención de enfermedades bucales del centro de salud. Finalmente se relevó y categorizó los conocimientos y actitudes sobre salud bucal de los estudiantes, en relación con las acciones implementadas por los odontólogos, en el marco de dicho programa.

## **Palabras claves:**

Atención Primaria de Salud – UNaF – Salud Bucal – Prevención – Estudiantes - Promoción de Salud

## Índice

CONTENIDOS	PÁGINA
Introducción	3
Justificación	11
Contextualización e identificación del problema de investigación	12
Abordaje metodológico	15
Marco conceptual:	22
- Repensando el concepto de visión de salud colectiva	22
- Antecedentes de investigación	28
- Línea histórica del Sistema de Salud Argentino	31
- Modos de Gobernanza en Atención Primaria en Salud	35
Resultados	41
Discusión	60
Conclusiones y recomendaciones	68
Bibliografía	75
Anexo 1: Plan de análisis de la información	79
Anexo 2: Resultados de encuestas a estudiantes y odontólogos	105

## Introducción

La caries dental es el principal padecimiento odontológico en el mundo y afecta entre el 95 al 99% de la población mundial. Está presente tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. Es una enfermedad multifactorial que implica la interacción entre el huésped, la saliva, la microbiota oral y otros factores como la dieta, higiene bucal, educación oral, etc. Es mayor su incidencia cuanto más escasos son los recursos económicos y menores las campañas de prevención y la atención odontológica recibida por la población, por eso la caries tiende a ocurrir en niños y jóvenes de nivel socioeconómico bajo, incrementándose debido a los cambios demográficos en todo el mundo (Sánchez Rodríguez, López Martínez, Gracia Cortés, Hernández Rodríguez, Sánchez Sierra y López Luna, 2013).

En el Estudio Epidemiológico Nacional de la República Argentina, que se realizó entre los años 1999 y 2000 en todas las provincias del país, se utilizó el Índice Periodontico Comunitario (IPC), que revela la necesidad de tratamiento periodontal de una población. Este estudio mostró como resultados que el 17,3% de los pacientes necesita instrucción en técnicas de higiene bucal como única terapia, mientras que el 65,2% precisa instrucción en técnicas de higiene bucal, raspaje y alisado radicular; el 14,3% requiere enseñanza de técnicas de higiene bucal, raspaje, alisado radicular y tratamientos de mayor complejidad, que vuelve indispensable un diagnóstico periodontal más exhaustivo, clínico y radiográfico (Chiappe, Gomez, Gonzalez, Pettiti y Romanelli, 2000)

Como señalan distintos autores: “hay factores que influyen en la adquisición de hábitos de higiene oral adecuados como: las creencias personales, valores, actitudes, autoeficacia, influencia de los miembros de la familia, amigos, compañeros de trabajo y líderes de opinión y un aspecto escasamente explorado, que es el rol del personal de salud, sobre el cual se ha descripto que sus actitudes afectan la habilidad para lograr persuadir a sus pacientes para que cuiden adecuadamente de su salud bucal” (Espinoza Santander, Muñoz Poblete, Lara Molina y Uribe Cifuentes, 2010, p. 11)

El sistema argentino de salud<sup>1</sup> está compuesto por los subsistemas públicos, la

---

<sup>1</sup> Para ampliar información consultar: Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2016) recuperado: <http://www.msal.gob.ar> (Consultado 20/06/16)

seguridad social (obras sociales Nacionales, Provinciales y Municipales) y el sector privado (seguros y prepagos). Dentro del Subsistema Público de la Salud se encuentra, como estrategia de atención sanitaria, la red de atención de 1er., 2do. y 3er. Nivel de salud APS. El Subsistema Público tiene por objetivo la universalidad de la atención, si bien sus principales usuarios son los sectores de bajos recursos. Entre sus funciones se destaca atender las necesidades sanitarias de la población a través de la provisión de equipamientos médicos, profesionales y auxiliares de la salud, internación, campañas de vacunación, entrega gratuita de medicamentos, etc.

El Subsistema Público de Salud comprende una diversidad de servicios de salud que se extienden a lo largo de todo el país. El Subsistema se organiza en 3 niveles de gobierno: Nacional, Provincial y Municipal. Las provincias y municipios a su vez brindan servicios directos de asistencia a la población y el sector salud tiene una estructura centralizada y cuenta con un presupuesto específico con el cual administra el personal y los servicios médicos.

La provincia de Formosa contaba con dos ministerios que trabajaban con salud: Ministerio de Acción Social y de Salud Pública.<sup>2</sup> En el año 1995 se consolidó un nuevo sistema de salud provincial que fusionó los dos ministerios en el Ministerio de Desarrollo Humano. El Estado provincial en el art 80 y 81 de su carta magna reconoce a la salud como un derecho humano fundamental y la define como un proceso de equilibrio bio-psico-espiritual y social, y no solo la ausencia de enfermedades. Y tiene como estrategias de APS (Atención Primaria en Salud) la promoción, la prevención, asistencia y rehabilitación de la salud. Allí se comprende a la salud como un hecho social, donde:

- la APS se constituye como la estrategia para alcanzar la meta de “Salud para todos”
- la justicia social y equidad rigen como principio rector de las políticas de salud.

La organización del Sistema se divide territorialmente en el Nivel de Distrito, el Nivel Central y las Áreas Programáticas.

**Nivel de Distrito:** Determinado por un conjunto de áreas programáticas, incluye como

---

<sup>2</sup> Para ampliar información consultar: Ministerio de Desarrollo Humano de Formosa. Sitio Web: <https://www.formosa.gob.ar/salud> (Consultado 20/06/16)

mínimo primeros niveles de atención y una primera referencia. Tiene relación directa con la articulación de las relaciones intersectoriales y con organizaciones intermedias. Se constituyen en un pivote entre el Nivel Central y el Nivel Local. Tiene la responsabilidad de atender el complejo comunidad-ambiente físico y psicosocial.

**Nivel Central:** Determinado por los efectores de primer nivel de atención, tiene relación directa con la población, su expresión geográfica es el Área Programática.

**Áreas Programáticas:** con delimitación geográfica definida, tienden a definir zonas más homogéneas, donde se establecen las relaciones cara a cara entre los prestadores de servicios y la población, y tiene como responsabilidad el complejo individuo-comunidad.

**Nivel1:** 284 efectores.

**Nivel2:** 30 efectores-7 Hospitales Distritales

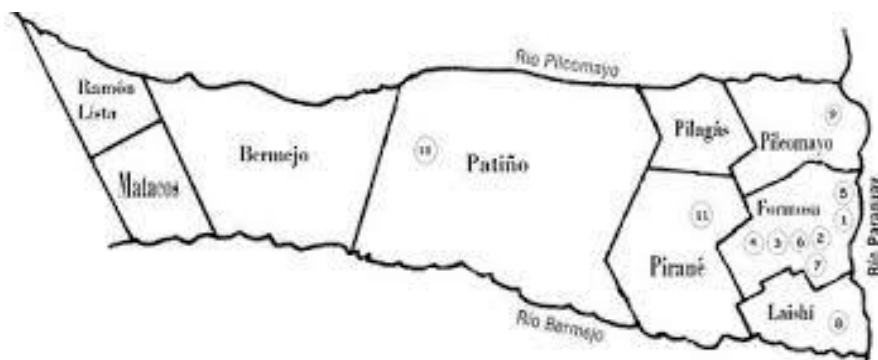
**Nivel3:** Hospital central –Hospital de la Madre y el Niño –Hospital Odontológico y Hospital de Alta Complejidad.

A nivel territorial, la provincia cuenta con 12 distritos sanitarios que incluyen a los 9 departamentos y 71 áreas programáticas con cobertura del sistema público del 55%.

Se dividen de la siguiente manera:

- **Distrito 1:** abarca los departamentos de Ramón Lista, Matacos y parte del departamento Bermejo.
- **Distrito 2:** abarca los departamentos Bermejo y Patiño.
- **Distrito 3:** abarca el departamento Patiño
- **Distrito 4:** abarca los departamentos de Pilagá, Pilcomayo y parte del departamento Patiño.
- **Distrito 5 y 6:** abarcan al departamento de Pirané.
- **Distrito 7:** abarca los departamentos de Formosa y M Laishi.
- **Distritos 8, 9, 10 y 11:** abarcan el departamento Capital.

- **Distrito 12:** abarca al departamento Pilcomayo.



Vale aclarar que esta división territorial coincide perfectamente con los radios y segmentos censales, por lo que la población desagregada de los censos permite asignar a cada área la población de responsabilidad correspondiente.

Un avance más en esta materia es lograr el objetivo de contar con una Población Nominada, es decir, identificar a cada uno de los que viven en las áreas programáticas por grupo familiar con conocimiento acabado de la situación particular de cada uno de sus integrantes (nombre y apellido, fecha de nacimiento, DNI, escolaridad, ingresos, vivienda, etc.). Vale decir que de esta manera cada Centro de Salud no sólo cuenta con una población geográficamente definida, sino que también conozca al detalle a sus integrantes.

Por otro lado, se detalla la Organización de la Atención por Niveles de **Complejidad Creciente**: Esta red permite que el problema de salud que afecta a una población pueda ser resuelto en el nivel que corresponda, permitiendo de esta manera que la persona pueda ser atendida en el lugar más cercano de donde vive o trabaja y, por otra parte, a una mejor distribución de los recursos por parte del Estado. De esta manera, más del 90% de los problemas de salud que afectan a la población pueden ser resueltos en un Centro de Primer Nivel.

Se distribuyeron a lo largo de todo el territorio provincial Centros clasificados como Nivel “A” dotados de todos los recursos para cumplir con este objetivo y estratégicamente se localizaron otros centros de mayor complejidad (Nivel “B” y “C”) para los casos que lo requieran. Esto es tanto para la atención médica como para los otros servicios

auxiliares. Categorización de Niveles de Atención en la Red de Salud por niveles de riesgo:

- Nivel “A”: 1er Nivel de Atención – Bajo Riesgo.
- Nivel “B”: 2do Nivel de Atención – Mediano Riesgo – 1ra Referencia.
- Nivel “C”: 3er Nivel de Atención – Alto Riesgo – 2da Referencia.

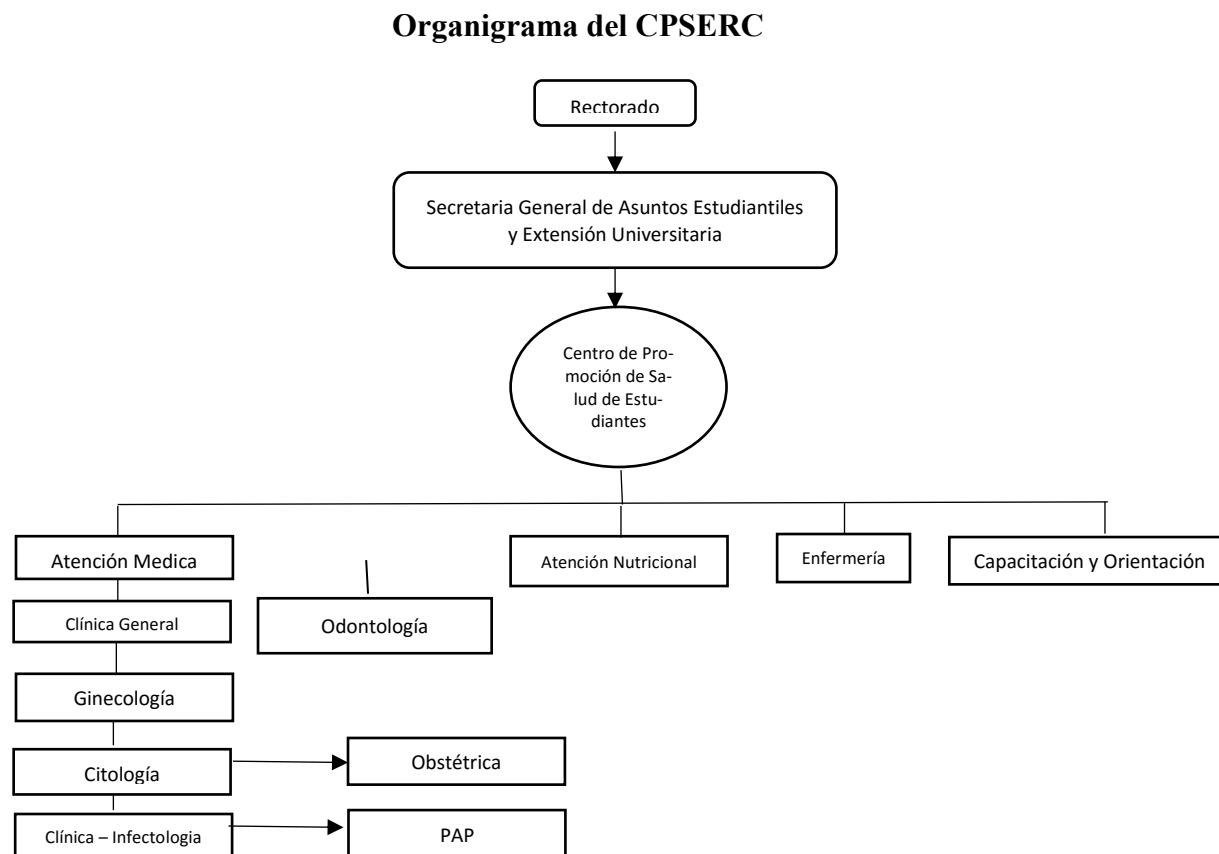
El presente trabajo de investigación centra su mirada en Centro de Promoción de Salud Estudiantil Dr. Ramón Carrillo (CPSERC), y allí específicamente se abordará la gestión de salud bucal. El CPSERC se creó a través de la Resolución N° 1202 de la Universidad Nacional de Formosa (UNaF) el 27 de junio del 2011. Ésta establece las siguientes prestaciones de este Centro de Salud. Medicina: 1er Nivel de Atención (Clínica General, Toco ginecología (toma de PAP, con entrega de resultados totalmente gratuito), Obstetricia, Infectología, Nutrición, Enfermería y Odontología. Para el segundo Nivel de Atención: ha realizado convenios con el Hospital Central, Hospital de la Madre y el Niño, Hospital Odontológico de Formosa, para Laboratorios, exámenes complementarios, diagnósticos por imágenes, Rayos, etc. Dentro de este nivel se encuentra: Odontología: (General, Ortodoncia y Endodoncia), además se encuentra el área de: Capacitación y Orientación: (Infecciones de transmisión sexual, Violencia Familiar, Adicciones (tabaco, alcohol, etc.), Problemas de aprendizaje y Trastornos alimenticios. Los beneficiarios de este Centro son estudiantes, docentes y no docentes.

El CPSERC fue creado a través de la universidad Nacional de Formosa (UNaF) de la ciudad de Formosa Capital de la Provincia del mismo nombre. Esta Universidad ofrece carreras totalmente gratuitas y cuenta además con 12.000 alumnos de los cuales el 60% son de Formosa capital y el resto (40%) del Interior de la Provincia. El CPSERC de Promoción de Salud Estudiantil Dr. Ramón Carrillo, ubicado en el campus universitario, presta un servicio de atención de salud gratuita a todos los alumnos. Brinda, desde sus comienzos, servicios de: médicos generalistas, Ginecología, Nutrición, Obstetricia y Odontología. El Servicio Odontológico está compuesto por ocho odontólogos y posee dos equipos odontológicos completos, equipos de esterilización, instrumental de cirugía y operatoria dental, lámpara para foto polimerización, y todos los insumos necesarios para



la realización de prácticas de salud preventivas, de operatoria dental, periodoncia y cirugía. Se atiende de lunes a viernes, tanto por la mañana como por la tarde.

**Gráfico 1: Organigrama del CPSERC**



Fuente: CPSERC

La UNaF crea el CPSERC con el propósito de *Construir, junto con la comunidad universitaria, la Salud Integral de los Estudiantes, impulsando estrategias de Atención Primaria de Salud (APS) para lograr incorporar el enfoque de promoción de la salud en todas sus actividades, con el fin propiciar una nueva cultura de la salud en la comunidad universitaria.*<sup>3</sup> Por lo tanto, el CPSERC se funda a partir de las actividades de:

- Atención, Promoción y Prevención de la salud de la comunidad universitaria.
- Fortalecer el vínculo con los actores de la Comunidad Universitaria, reconociendo la realidad y las necesidades que ella plantea, permitiendo a su vez el continuo

crecimiento mutuo que favorece al Bienestar Universitario

- Iniciar gestiones para el Trabajo en conjunto del CPSE y Programas de Promoción y Prevención de la Salud: Nacionales y Provinciales.

El presente trabajo de investigación toma por objeto de indagación la implementación de los programas de atención, cuidado y prevención de la salud bucal que brinda el Centro de Promoción de Salud Estudiantil “Dr. Ramón Carrillo” en el año 2016. El análisis del problema de la salud bucal que afecta a la población universitaria toma por camino de investigación tanto los tratamientos de cuidado como las medidas preventivas que se enuncian como centrales en sus objetivos institucionales.

Esta indagación, focalizada en la cuestión de la salud bucal, funda su pertinencia en los datos provistos por las Historias Clínicas (HC) donde se revela que para el año 2016, **el 83% de los alumnos atendidos tienen ausencia o pérdida prematura de piezas dentales**. Debido a la gran demanda de atención en salud bucal por parte de los estudiantes, los odontólogos del CPSERC priorizaron fundamentalmente la asistencia, dejando, en cierto modo, en segundo plano a la promoción. Tal situación vuelve imprescindible un diagnóstico y evaluación de la gestión de salud bucal por parte del CPSERC, con miras a construir nuevas estrategias que favorezcan a la APS y la prevención brindada por él.

Para ello, se realizó un análisis de la gestión en los niveles *macro, meso y micro* (Tobar, 2002), a partir de una perspectiva de *modelos de gobernanza* (Báscolo, 2010), que posibilita una *evaluación científica* (Báscolo, 2005). Así, en un primer momento, se tomó en consideración las HC y la información brindada por el CPSERC. En segundo lugar, se trabajó con datos primarios producidos para los objetivos de la presente investigación, que relevaron información específica de los pacientes atendidos en el área de odontología y de los profesionales a cargo.

A continuación, se procederá a la identificación del problema y la pregunta de investigación. Se explicitarán, además, los objetivos de investigación y el abordaje metodológico utilizado para construir el objeto de investigación. Luego se expondrá el marco conceptual en relación con la concepción de salud sobre la que se trabaja y de la

perspectiva que posibilitó el modo analítico de evaluación científica. Allí se incluirán también los antecedentes que vuelven significativo y necesario el trabajo de investigación propuesto.

A partir de la identificación del problema y contextualización socioeconómica de la población a estudiar, se procederá a la exposición y análisis de los resultados y la discusión sobre los mismos. Por último, se expondrán las principales conclusiones del trabajo realizado y se aportarán las recomendaciones que de ellas se desprenden.

## Justificación

La presente investigación busca evaluar la implementación de los programas de atención y cuidado de salud bucal (prevención) en el CPSERC (Resolución N°1202, 2011) de la UNaF, donde el 83% de los estudiantes atendidos presentan ***ausencia o pérdida prematura de piezas dentales***. Es importante para ello tanto el análisis de las estrategias de atención odontológica y de cuidado de la salud bucal desde el CPSERC, como así también determinar el perfil socioeconómico, los conocimientos de técnicas de higiene bucal y las actitudes de los estudiantes relacionados con el cuidado de su salud bucal y considerar además la evaluación de la atención profesional recibida.

Con este trabajo de investigación se pretende aportar, a partir de los relevamientos y análisis del funcionamiento del CPSERC, información estratégica para medir los programas ejecutados, plantear nuevas líneas de gestión para optimizar los servicios de salud bucal y planificar actividades preventivas en conjunto con los estudiantes.

Por último, motiva la realización de esta investigación la relación profesional y personal con los colegas odontólogos que trabajan en el CPSERC de la UNaF, quienes han planteado su preocupación tras detectar que del 100% de los alumnos atendidos en el año 2016, el ***83% tiene ausencia o pérdida prematura de piezas dentales***. Esta preocupación, sumada a las características del modo de gobernanza del CPSERC, incentivaron el abordaje de la presente pesquisa.

Esto implica el estudio de la problemática para poder construir (desde la institución y sus recursos humanos) conocimiento oportuno que permita reevaluar los programas de atención y del cuidado de la salud bucal, e introducir cambios en el modo de gobernanza de la organización y de esta manera incidir en las condiciones epidemiológicas de la población que anualmente concurre al CPSERC.

## Contextualización e identificación del problema de investigación

Las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la periodontitis (enfermedad gingival) y los cánceres de la boca y la faringe son un problema de salud de alcance mundial que afecta a los países industrializados y, cada vez con mayor frecuencia, a los países en desarrollo, en especial entre las comunidades más pobres, ha afirmado hoy la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004)

Analizando estos conceptos de la OMS, se indagó las variables sociales de la provincia que permiten contextualizar el problema y se presentan indicadores socioeconómicos según los últimos censos 2001 – 2010. En relación con el nivel educativo, Formosa es una de las provincias con mayor tasa de analfabetismo (4,1% en el año 2010), duplicando la media nacional que fue del 1,92% en el mismo año. El Índice de Desarrollo Humano (IDH) muestra a Formosa como la provincia con menor valor de todas las jurisdicciones del país (PNUD 2011). A su vez, la provincia registró en 2010 la mayor proporción de hogares con necesidades básicas insatisfechas (19,7%), duplicando el promedio para el valor a nivel país (9,1%).<sup>4</sup>

**Tabla 1: Hogares con necesidades básicas insatisfechas por departamento - Formosa**

Departamento	2001			2010			Variaciones intercensales (en %)		
	Total de hogares	Hogares con NBI	%	Total de hogares	Hogares con NBI	%	Total de Hogares	Hogares con NBI	Puntos porcentuales
	(a)	(b)	c= b/a	(d)	(e)	f= e/d	g= d/a	h= e/b	j= f-c
Bermejo	3.058	1.748	57,2	3.548	1.470	41,4	16,0	-15,9	-15,7
Formosa	49.395	10.743	21,7	62.621	9.429	15,1	26,8	-12,2	-6,7
Laishi	3.796	1.243	32,7	4.538	919	20,3	19,5	-26,1	-12,5
Matacos	2.581	1.155	44,8	3.363	1.054	31,3	30,3	-8,7	-13,4
Patiño	15.915	5.430	34,1	18.856	5.059	26,8	18,5	-6,8	-7,3
Pilagás	4.021	1.142	28,4	4.794	889	18,5	19,2	-22,2	-9,9
Pilcomayo	17.952	4.239	23,6	21.932	3.481	15,9	22,2	-17,9	-7,7
Pirane	15.598	4.683	30,0	17.855	3.491	19,6	14,5	-25,5	-10,5
Ramón Lista	2.092	1.658	79,3	2.796	1.908	68,2	33,7	15,1	-11,0
FORMOSA	114.408	32.041	28,0	140.303	27.700	19,7	22,6	-13,5	-8,3
REGIÓN NORESTE	813.551	207.269	25,5	999.475	167.824	16,8	22,9	-19,0	-8,7
PAÍS	10.075.814	1.442.934	14,3	12.171.675	1.110.852	9,1	20,8	-23,0	-5,2

Fuente: Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001/ 2010  
Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)

<sup>4</sup> El IDH es un indicador de desarrollo humano por país, elaborado por el programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en un indicador social estadístico compuesto por tres parámetros: vida larga y saludable, educación y nivel de vida digno.

Frente al dato recabado de que del 100% de los alumnos atendidos en el año 2016, el **83% *tienen ausencia o pérdida prematura de piezas dentales***, se revela la magnitud del problema y su incidencia en las patologías que afectan la salud bucal: como la caries y la periodontitis. Las consecuencias de esto en el individuo marcan una variada amplitud sobre las funciones de respiración, fonación, deglución, digestión y masticación hasta la apariencia, las relaciones personales, la socialización, la autoestima y el bienestar psicológico. Por ello, esta problemática motiva el presente trabajo, en tanto que la salud bucal impacta de manera directa y determinante en la vida social, económica y psicológica de los sujetos.

Este resultado está vinculado con la oferta de servicios públicos odontológicos en las distintas localidades de la Provincia de Formosa, donde se observa falta de recursos humanos y de insumos y equipamiento en los servicios odontológicos. Esto trae como efecto que se pondere la práctica extraccionista de piezas dentarias como primera opción, dejando de lado las prácticas preventivas y de operatoria dental.

El comienzo de la presente pesquisa parte de la siguiente pregunta de investigación:

*¿Cómo se implementaron los programas de atención odontológica y de cuidado de la salud bucal en el Centro de Promoción de Salud Estudiantil “Dr. Ramón Carrillo” de la Universidad Nacional de Formosa en el año 2016?*

El objetivo que guía el proceso de investigación apunta a la evaluación de los programas de atención en relación con el cuidado y prevención de la salud bucal a través de la información que dispone el CPSERC, y de los datos proporcionados por los estudiantes atendidos en el año 2016 y de los profesionales a cargo del área odontológica. Por ello, nuestro objetivo general es:

*Evaluar la implementación de los programas de atención, cuidado y prevención de la salud bucal en el en el Centro de Promoción de Salud Estudiantil “Dr. Ramón Carrillo” de la Universidad Nacional de Formosa en el año 2016 a través de una evaluación científica.*

Bajo este marco, se definieron como objetivos específicos:

- Describir y analizar los programas orientados para la atención y la prevención de enfermedades bucales en el CPSERC.
- Relevar y categorizar los conocimientos y actitudes sobre salud bucal de los estudiantes atendidos en el CPSERC durante el período 2016.
- Evaluar las acciones implementadas por los odontólogos en el programa de atención bucal del CPSERC a partir de la percepción de los pacientes-estudiantes.

A partir de esta pregunta y bajo estos objetivos, se toma como objeto de investigación la implementación de programas de cuidado y prevención de salud bucal en el CPSERC. Para abordar una evaluación de esta implementación se toman en consideración las condiciones socioeconómicas de los estudiantes, y se consulta sobre sus conocimientos y actitudes en relación con la salud bucal. Además, se relevaron las HC y la información institucional provistas por el CPSERC para poder sistematizar todos los datos pertinentes al problema de investigación. Sobre la base de esta sistematización de la información se procedió al análisis desagregado en términos de *micro, meso y macro gestión* (Tobar, 2002) y se utilizaron *los modelos de gobernanza* (Báscolo, 2010) que nos permitieron avanzar hacia una *evaluación científica*.

## **Abordaje Metodológico**

La metodología de investigación utilizada responde a los objetivos propuestos a partir de la construcción del objeto problemático a abordar, a saber, los programas de atención, promoción y cuidado de la salud bucal del CPSERC. La población directamente afectada por estos programas incluye tanto a los estudiantes, no docentes y docentes de la comunidad universitaria, como a los odontólogos que trabajan allí. No obstante, nuestro criterio de selección tomará en consideración sólo a los estudiantes, por comprender que allí se encuentra el foco problemático a tratar.

Este trabajo de investigación se basa en los lineamientos metodológicos planteados por Souza Minayo (2004), donde se decidió realizar un tipo de estudio transversal y descriptivo, que recoge y analiza los datos del período de 2016. En términos descriptivos se toma en consideración, por un lado, el perfil socioeconómico de los estudiantes, sus conocimientos y actitudes en salud bucal, y la percepción de la atención recibida por el CPSERC; y por otro, en relación a los programas y acciones llevadas adelante por parte de los odontólogos y su percepción en torno del funcionamiento del sistema, de su rol allí, y las acciones y propuestas por ellos llevadas adelante.

De este modo, en el diseño de la presente investigación se llevó adelante un abordaje cuantitativo, sistematizando la información provista por las HC, recopilando la información otorgada por el CPSERC, realizando encuestas a los alumnos-pacientes atendidos y a los profesionales a cargo del servicio odontológico. Podemos destacar dos tipos de fuentes de información: por un lado, las secundarias, es decir, las HC (la procedencia de los alumnos, situación y evolución de su salud bucal); y por otro, las fuentes primarias, donde se produce la información a partir de encuestas cerradas a alumnos y a odontólogos. Respetando el espíritu de la Resolución 1480/11 del Ministerio de Salud de la Nación sobre el consentimiento informado, antes de realizar las encuestas se informó claramente a los participantes, de manera verbal, el propósito del trabajo de investigación y el contenido de los cuestionarios, asegurando la no divulgación de datos personales, el anonimato y confidencial, como lo exige la Ley N° 25.326 de datos personales.

### **Diseño Metodológico:**



<b>Tipo de Estudio</b>	- Abordaje Cuantitativo
<b>Población</b>	Comunidad universitaria de estudiantes de 1er y 2do año de la UNaF atendidos por el CPSERC.
<b>Objeto de Investigación</b>	Programas de atención, promoción y cuidado de la salud bucal del CPSERC
<b>Fuentes de Información</b>	Fuentes primarias: encuestas a pacientes del CPSERC y a odontólogos. Fuentes secundarias: Historias clínicas del servicio odontológico.
<b>Muestreo de alumnos</b>	Probabilística. En el caso de los odontólogos se entrevistará a la totalidad de los profesionales del servicio odontológico de CPSERC.

Por lo tanto, se realizaron encuestas a los estudiantes de la UNaF, que se atienden en el CPSERC, con preguntas cerradas donde se pretende determinar: perfil socioeconómico, conocimientos de higiene buco dental, actitudes concretas relacionadas con el cuidado de su salud bucal y evaluación de la atención odontológica recibida. Dichas encuestas se realizaron de manera presencial en el Servicio de Odontología del Centro de Promoción de Salud Estudiantil “Dr. Ramón Carrillo” de la UNaF, en la ciudad de Formosa.

Para el relevamiento de datos de la encuesta se construyó una muestra de tipo probabilística. El tipo de muestra es probabilística al azar. La muestra se ha tomado de una población de 2000 personas, que se atienden anualmente en el área odontológica del CPSERC, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. El tamaño de la muestra fue de 62 alumnos.

Formula:  $n = \frac{Z^2 + p*q*N}{e^2}$

$$e^2 (N-1) + Z^2 * p * q$$

Letra	Significado	Datos

N	Tamaño de la población	2000
Z	Nivel de confianza	1,96
E	Margen de error	0,06
P	Probabilidad de éxito	0,5
Q	Probabilidad de fracaso	0,5
<b>N</b>	<b>Tamaño de la muestra</b>	<b>62</b>

- **Criterios de inclusión:** Alumnos de la UNAF atendidos en el Servicio de Odontología del CPSERC, cursantes de 1er y 2do año de ambos sexos y que sean menores de 30 años.
- **Criterios de exclusión:** Alumnos de la UNAF que se atiendan en el CPSERC, mayores de 30 años. Personal no docente u otros pacientes que no pertenezcan al alumnado.
- **Variables para la construcción de la encuesta:**
  - Perfil socioeconómico.
  - Conocimientos de técnicas de higiene bucal.
  - Actitudes relacionadas con su salud bucal.
  - Evaluación de la atención odontológica recibida.
  - Afecciones Bucales

**Detalle de las variables e indicadores en alumnos:**

Variable	Operacionalización e Indicadores
Conocimientos de técnicas de higiene bucal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento de la importancia del cepillado dental: Motivos por los que se cepilla los dientes y Motivación dada por los padres y Origen del aprendizaje en higiene bucal</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de técnicas de higiene oral: cepillado interno de los dientes, cepillado de lengua, movimiento de cepillado.</li> </ul>
Actitudes de los estudiantes relacionados con su salud bucal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cepillo de dientes personal</li> <li>• Frecuencia de renovación del cepillo de dientes</li> <li>• Frecuencia y oportunidad de higiene bucal</li> <li>• Tiempo empleado en la higiene bucal</li> <li>• Uso de hilo dental, enjuague bucal y dentífrico</li> <li>• Frecuencia de visita al odontólogo</li> </ul>
Afecciones Bucales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangrado de encías</li> <li>• Dolor dental</li> <li>• Ortodoncia</li> <li>• Mal aliento</li> <li>• Extracciones</li> <li>• Caries</li> <li>• Autopercepción de la estética y la salud bucal: satisfacción con la sonrisa</li> </ul>
Evaluación del CPSERC y de la atención odontológica recibida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trato del profesional que lo atendió</li> <li>• Tiempo de espera</li> <li>• Tratamiento realizado</li> <li>• Diagnóstico</li> <li>• Resolución del problema</li> <li>• Seguimiento</li> <li>• Prevención y comunicación</li> <li>• Instalaciones del CPSERC</li> </ul>
Perfil socioeconómico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de vivienda de origen</li> <li>• Situación habitacional de la vivienda de origen</li> <li>• Características de la vivienda de origen: material del techo, material del piso, acceso y provisión de agua, acceso a gas natural, envasado o leña, baño/letrina</li> <li>• Localidad de origen</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de localidad de origen: rural-urbana</li> <li>• Ingresos del hogar de origen</li> <li>• Residencia actual</li> <li>• Situación habitacional actual</li> <li>• Telefonía</li> <li>• Condicionantes de la salud bucal: Enfermedades sistémicas (diabetes), consumo de alcohol, tabaquismo, consumo de azúcares procesados.</li> </ul>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En el caso del relevamiento de la información provista por parte de los odontólogos del CPSERC, se realizaron cuestionarios con preguntas semiestructuradas para conocer las acciones preventivas, detectar los nudos críticos del sistema y su rol del profesional, y, por otro lado, indagamos acerca de la promoción de acciones preventivas dentro de la institución. En este caso se entrevistó a la totalidad de los profesionales a cargo del servicio odontológico (ocho).

**Criterios de inclusión:** Profesionales odontólogos de ambos sexos del CPSERC con una antigüedad de 2 años o más en dicho lugar.

**Criterios de exclusión:** Profesionales odontólogos del CPSERC con una antigüedad menor a 2 años en el mismo.

**Ejes para la construcción del cuestionario:**

- Equipamiento e infraestructura del CPSERC.
- Gobernanza CPSERC.
- Manejo y administración de información CPSERC.
- Prácticas de atención de la salud bucal.
- Prácticas de promoción de la salud bucal.
- Acciones preventivas en salud bucal.
- Evaluación de las políticas institucionales.

**Detalle de las variables e indicadores en odontólogos:**

Variable	Operacionalización e Indicadores

Equipamiento e infraestructura del CPSERC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instalaciones edilicias</li> <li>• Equipamiento</li> <li>• Recursos humanos</li> </ul>
Gobernanza CPSERC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas/Reglas de funcionamiento</li> <li>• Jerarquía de funcionamiento</li> <li>• Proceso de toma de decisiones</li> <li>• Participación en el proceso de toma de decisiones</li> <li>• Apertura al diseño de programas de acción</li> <li>• Posibilidades de políticas preventivas</li> </ul>
Gestión CPSERC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistematización e informatización de HC</li> <li>• Manuales de procedimientos</li> <li>• Formatos para informes, estadísticas y controles</li> <li>• Planes, programas y procedimientos</li> <li>• Eficiencia</li> <li>• Mejora del servicio</li> </ul>
Percepción de la población atendida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Razones de los problemas de salud bucal en los estudiantes</li> <li>• Preocupación por la salud bucal</li> </ul>

Para la realización y diseño de estas entrevistas, fue fundamental el aporte de los modelos de gobernanza (Báscolo, 2010). Por lo tanto, la inclusión de los conceptos de estos modelos de gobernanza fue esencial para poder construir el diseño del cuestionario a los fines de evaluar el funcionamiento de los programas del CPSERC, y poder allí determinar:

- Si su mecanismo de regulación se basa en reglas y normas burocráticas.
- Si las normas de los procesos de producción y el monitoreo del desempeño tienen una modalidad jerárquica y formal.

- Si la conducción está orientada en función de los intereses de los actores, y busca la coherencia con los objetivos de la organización o red.
- Si la evaluación y monitoreo del desempeño de la organización se basa en sistemas de información dependientes de los registros de los mecanismos de pago o asignación de recursos y los objetivos que priorizan el sistema de incentivos.
- Si la visión y valores compartidos permiten la coordinación entre los actores.
- Si los mecanismos de coordinación pretenden:
  - adaptación mutua a través de comunicación *face to face*,
  - socialización en actividades comunes,
  - creación de espacios de trabajo participativos,
  - desarrollo de comités de evaluación entre pares y sesiones de capacitación laboral.

## **Marco Conceptual**

El marco conceptual utilizado en la presente tesis puede ser comprendido a partir de tres bloques. En primer lugar, se tomará en consideración qué comprendemos por salud colectiva, salud bucal y las características generales del programa de salud bucal de la OMS. Allí, se tomarán en cuenta las conductas de riesgo que impactan en la salud bucal, la higiene bucal y la dieta, que tienen efectos concretos en la salud y la calidad de vida en general. En segundo lugar, se aportarán los antecedentes significativos de estudios científicos sobre la salud bucal en estudiantes universitarios que nos ayudarán a delimitar y darle pertinencia a nuestro objeto de investigación. Allí también se incluirá una sintética revisión histórica del sistema de salud argentino que enmarca en términos sociohistóricos la inscripción de la presente tesis. Por último, se presentarán los modos de gobernanza en atención primaria en salud (Báscolo, 2010). Esta perspectiva ha nutrido la tesis a la hora de proveer las herramientas analíticas para realizar una evaluación científica de la gestión e implementación de programas de cuidado y promoción de la salud bucal en el CPSERC.

### **El concepto de salud colectiva**

El perfil epidemiológico de las poblaciones es un producto de la huella de la historia del campo, pero no solo del campo de la salud, sino de otros campos donde la violencia simbólica naturaliza situaciones que profundizan las desigualdades sociales, y donde esa naturalización es funcional a la acumulación del capital económico de los agentes que requieren de esas desigualdades para incrementar su capital, lo cual a su vez actúa como determinante social sobre el PSEA<sup>5</sup>. Esa dinámica explica no pocos de los perfiles epidemiológicos existentes. Además, el campo de la Salud Colectiva invita a repensar los aspectos del campo metodológico. Se propone un abordaje de la salud con nuevas categorías y desde propuestas integrales; no solo utilizar los abordajes cuantitativos sino integrar los abordajes cualitativos en sus múltiples expresiones.

---

<sup>5</sup> Modelos de atención del proceso salud – enfermedad – atención (PSEA)

En América Latina, el trabajo teórico realizado durante los últimos veinte años permitió redefinir el campo de la salud pública (diferenciándolo del modo en que es concebido tradicionalmente en Europa y en los Estados Unidos) mediante una crítica de los proyectos sucesivos de recomposición de las prácticas de salud elaboradas en los países occidentales. De esta manera se fue delineando un campo del saber y de la práctica denominado **Salud Colectiva** (Liborio, s.f.).

La Salud Colectiva abarca un conjunto complejo de saberes y prácticas, técnicas científicas y culturales, ideológicas, políticas y económicas, relacionadas al campo de la salud, involucrando desde las organizaciones que prestan “asistencia” a la salud de las poblaciones hasta las instituciones de enseñanza, de investigación y organizaciones de la sociedad civil (OSC) que puedan tener un carácter científico o sindical interesadas en defender el sistema público de salud en el marco de la lucha por el “derecho a la salud” de la ciudadanía (Liborio, s.f.).

La salud se define, según la OMS (2015), como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencias. El tener salud, entonces, se convierte más en un fin, que en un recurso para poder llevar a término otros objetivos en la vida. Esto permite a las personas, a su vez, tener una subsistencia individual, social y económicamente activa.

Actualmente la salud bucal se considera una parte integral del complejo cráneo facial que participa en funciones vitales como la alimentación, la comunicación, el afecto y la sexualidad. La cavidad bucal es una estructura compleja, que cumple funciones esenciales para la vida: respiración, masticación, deglución, fonación y estética. Entre las funciones sociales y de interacción del individuo, la cavidad oral y las estructuras que la conforman posibilitan los gestos, lenguaje, sonrisa y, además, complementan la estética facial de las personas (Ministerio de Salud, Chile, 2007).

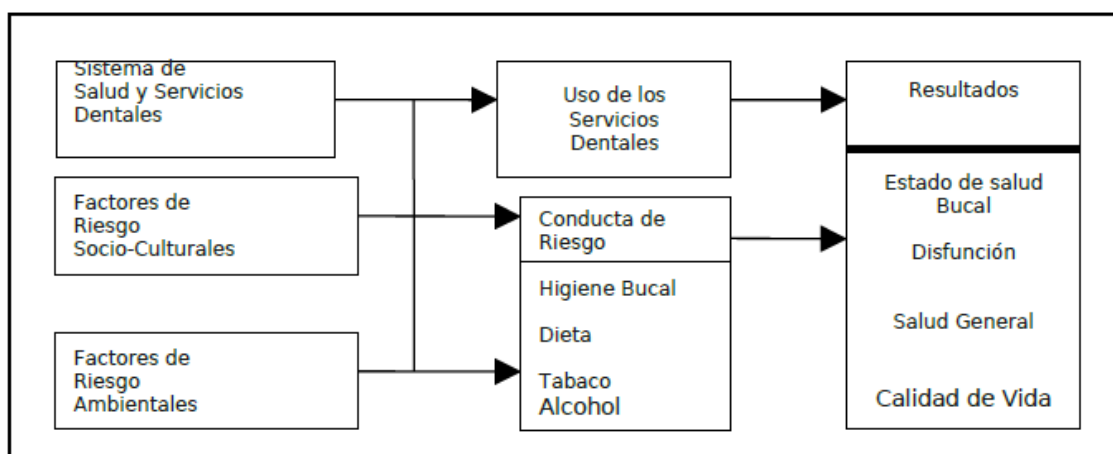
Existen muchas enfermedades que pueden afectar la salud bucal. Entre las principales encontramos: las caries dentales, las periodontopatías y las maloclusiones, sin olvidar los procesos tumorales y las manifestaciones bucales de enfermedades generales. En muchos países el acceso a la atención odontológica es limitado, a menudo los dientes o no se tratan o son extraídos. La OMS (2004) estima que unos 5000 millones de personas en el planeta han sufrido caries dental.



El Programa de Salud Bucal de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado su esquema de promoción en salud bucal relacionándolo con la estrategia de prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles, agrupadas por factores de riesgo común, relacionado con los estilos de vida. El modelo utilizado es el de “Enfoque por Factor de Riesgo, o *Common Risk Factor Approach*” (ver figura 1).

Según este marco teórico, la existencia y uso de los sistemas de atención de salud aportan sólo una fracción en los resultados finales de salud bucal y calidad de vida de las personas, siempre que estos estén enfocados hacia la atención primaria y la prevención. Los factores socioculturales de la población y los factores ambientales, tales como las condiciones de vida, educación, la exposición a fluoruros en el agua, tipo y disponibilidad de alimentos, tienen un peso importante en la calidad de vida, incluyendo la salud bucal. Se enfatiza la importancia de conductas intermedias, modificables, como el consumo de azúcares, la práctica de higiene oral, así como el tabaco y el consumo exagerado de alcohol.

**Figura 1. El Enfoque por Factor de Riesgo en Promoción de Salud Bucal.**



Fuente: Dr. Poul Erik Petersen, OMS.2002

La carta de Ottawa (OMS, 1986) define que la promoción de salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, para así alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social. Por ello, es necesario enfatizar en la promoción de la salud a través del **autocuidado**, es decir, el conjunto de acciones y decisiones que toma una persona para

mantener y mejorar su estado de salud, prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de la enfermedad. La práctica del autocuidado debe ser estimulada por los miembros del equipo de salud mediante medios teóricos y prácticos para desarrollarla eficazmente.

Para la promoción de la salud existen cinco áreas de acción prioritaria que son las herramientas básicas (OMS, 1986):

- **La elaboración de una política pública sana:** La promoción de la salud va más allá de la atención sanitaria. Coloca a la salud dentro de la agenda de quienes elaboran políticas en todos los sectores y todos los niveles, encarrilándolos a que sean conscientes de las consecuencias que sus decisiones puedan tener para la salud y a que asuman sus responsabilidades para con ésta. El objetivo debe ser hacer que la elección más saludable sea también la elección más cómoda para los elaboradores de las políticas.

- **La creación de ambientes favorables:** La manera en que la sociedad organiza el trabajo, debería contribuir a crear una sociedad saludable. La promoción de la salud genera condiciones de vida y de trabajo seguro, estimulantes, satisfactorias y agradables. Es esencial una evaluación sistemática del impacto sobre la salud que tiene un medio ambiente rápidamente cambiante -sobre todo en lo que respecta a la tecnología, el trabajo, la producción de energía y la urbanización-, que debe ir acompañada de actuaciones que aseguren beneficios para la salud del público. Toda estrategia de promoción de la salud debe orientarse a la protección de los ambientes construidos y a la conservación de los recursos naturales.

- **El reforzamiento de la acción comunitaria:** La promoción de la salud funciona mediante acciones comunitarias concretas y efectivas para establecer prioridades, tomar decisiones, planificar estrategias y aportar medios para lograr una salud mejor. Lo más importante es capacitar a las comunidades para que puedan controlar y ser dueñas de sus propios empeños y destinos.

- **El desarrollo de las aptitudes personales:** La promoción de la salud apoya el desarrollo individual y colectivo, aportando información, educación para la salud, y potenciando las habilidades para la vida. De este modo, aumentan las opciones disponibles para que la gente ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre sus ambientes, y para que hagan selecciones que conduzcan a la salud. Son necesarias

acciones mediante los cuerpos educativos, profesionales, comerciales y de voluntariado además también dentro de las propias instituciones.

– **La reorientación de los servicios sanitarios:** La responsabilidad para con la promoción de la salud en los servicios sanitarios está compartida entre las personas, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones de servicios sanitarios y los gobiernos. Todos ellos deben trabajar conjuntamente en la creación de un sistema de asistencia sanitaria que contribuya a la obtención de la salud.

En la presente investigación indagamos, por un lado, sobre el perfil socioeconómico de los estudiantes para proporcionar una mirada de cómo diferentes factores de riesgos sociales y ambientales impactan en la salud bucal. Si bien excede los objetivos de investigación establecer correlaciones o causalidades entre esta variable, se pretende mostrar un panorama donde se deben tomar en cuenta estos datos para complejizar el análisis y así diseñar políticas de prevención y promoción de la salud. El esfuerzo por visibilizar el perfil socioeconómico de los estudiantes apuesta aquí a dar cuenta de la singularidad del contexto formoseño y de las dificultades en las condiciones de vida de la población universitaria que, lejos de diferenciarse claramente de las condiciones económicas, sociales y educativas de la provincia, ellas también se inscriben allí. Por otro lado, indagamos sobre los conocimientos y actitudes de los estudiantes en relación con la salud bucal no como un problema individual de desinterés o desconocimientos, sino que este relevamiento nos permite valorar la necesidad de refuerzo de acciones comunitarias y de desarrollo de las aptitudes personales en las políticas de promoción de la salud, tal como lo recomienda la OMS. Por último, la reorientación de servicios sanitarios será sobre lo que específicamente se va a tratar en la presente tesis para el caso de análisis del servicio odontológico del CPSERC.

La Organización Panamericana de la Salud/OMS consideran que los sistemas integrales de servicios de salud (SISS) son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la Atención Primaria de la Salud (APS) a nivel de los servicios, contribuyendo a hacer una realidad varios de sus elementos más esenciales tales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; y la acción intersectorial, entre otros. Los atributos de esta propuesta incluyen postulaciones valorativas (derecho a la salud y acceso universal) arreglos institucionales

(financiamiento adecuado, recursos humanos suficientes y comprometidos con el sistema, acción intersectorial amplia y un sistema de toma de decisiones participativo) y normas organizacionales y del modelo de atención de la salud (OPS y OMS, 2007).

Se postula un cuidado de la salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, con proveedores a cargo de una población y territorios definidos; con una extensa oferta de establecimientos y servicios de salud, con inclusión de servicios de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportunos, rehabilitación y cuidados paliativos; un primer nivel de atención que orienta, integra y coordina el cuidado de la salud, con resolución de la mayoría de las necesidades de salud de la población; la entrega de servicios de especialidad en el lugar más apropiado (generalmente extra hospitalarios) y la existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicios. Asimismo, se postula una gestión integrada de los sistemas administrativos y de apoyo clínico, con un sistema de información integrado, que vincula a todos los miembros del sistema (Báscolo, 2010)

La prevalencia de enfermedades bucodentales está aumentando en los países de ingresos bajos y medianos. Queda establecido que la tasa de morbilidad es considerablemente mayor en las poblaciones pobres y desfavorecidas (OMS, 2012). Las patologías que afectan la salud bucal como la caries y la periodontitis tienen consecuencias no sólo físicas, sino que también alteran las funciones, la apariencia, las relaciones personales, la socialización, la autoestima y el bienestar psicológico del individuo, con su correspondiente impacto negativo. La salud bucal está íntimamente relacionada a la calidad de vida.

La motivación para mantener la higiene oral es compleja y está influenciada por varios factores. La propia imagen del estado de salud bucal condiciona al individuo en su actitud frente a la salud. Esto podría explicar el incremento en los valores del índice gingival y de sangrado: una vez que la gingivitis está instalada, los pacientes se desmotivan al observar el deterioro de su salud bucal y por consiguiente atenúan los cuidados que efectúan para mantenerla (Peng, Wu, Qu, Wu, Chen, Fang, y Chen, 2014).

## **Antecedentes de investigación**

Entre los antecedentes revisados para esta investigación se destacan los estudios de Al-Ansari & Honkala S. (2007) y Pérez & Rivera (2007) sobre Salud Bucal en estudiantes universitarios de los primeros ciclos. Al-Ansari & Honkala (2007) realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar los conocimientos y la conducta sobre salud bucal de los estudiantes de primeros ciclos de la Facultad de Ciencias de la Salud en Kuwait, cuya población era de 528 estudiantes; 128 varones y 400 mujeres. Se les administró un cuestionario con preguntas sobre salud bucal. Fue un estudio descriptivo. Los resultados reflejaron que el 63% de los estudiantes habían visitado a un odontólogo en el último año, y una proporción bastante alta de ellos acudió por un examen de rutina. Las estudiantes reportaron la frecuencia de cepillado dental dos veces al día (65%), mucha más frecuencia que los varones (35%). Los conocimientos de salud oral fueron significativamente mayores entre los estudiantes de género femenino que entre los estudiantes de género masculino. También fue fuertemente asociado con la mayor edad entre los estudiantes. El estudio concluye en que el conocimiento y la conducta sobre salud bucal de los estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad de Kuwait, especialmente entre los varones, parece ser pobre y pide una mejora urgente de los programas de educación para la salud.

En otro estudio realizado a estudiantes de los primeros ciclos de la Universidad de El Salvador (UEES) acerca del nivel de conocimiento y actitudes sobre salud bucal, se evaluó a 257 estudiantes seleccionados aleatoriamente. El Instrumento utilizado fue un cuestionario con 47 preguntas referidas a conocimientos, hábitos y prácticas de salud bucal. Los resultados evidenciaron que los estudiantes conocen sobre los hábitos de higiene bucal y las recomendaciones de la visita al menos una vez al año al odontólogo, el 78% manifiesta cepillarse los dientes tres veces o más al día, el 49% usa hilo dental para el aseo de sus dientes. En general el 84% tiene una buena actitud en salud bucal. Se concluye que es necesario desarrollar actividades en ellos que les ayuden a influir en pro, de modos y estilos de vida favorables, y una correcta higiene dental (Pérez y Rivera, 2007).<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup>Estos estudios aportaron al trabajo de investigación, algunas variables para tener en cuenta: el factor de género, la edad entre los estudiantes y el desarrollar actividades en ellos que les ayuden a influir en pro de modos y estilos de vida

Diversos autores (Burriel, Urrea, García, Tobarra y García Meseguer, 2013): coinciden en que los estudiantes universitarios son una población vulnerable desde el punto de vista nutricional por su costumbre ya de omitir comidas, ya de consumir diversos tipos de *snacks* entre comidas; o bien por abusar de la comida rápida, del alcohol, de las bebidas azucaradas, de las dietas de cafetería, o por seguir una alimentación poco diversificada. Señalan que además de los factores emocionales y fisiológicos, el período de estudios universitarios suele ser el momento en el cual los estudiantes asumen por primera vez la responsabilidad de su alimentación. Muchos de los universitarios viven lejos de sus hogares por primera vez en la vida y se enfrentan con la responsabilidad del cuidado de su propia salud, estilo de vida y comportamiento. Durante este tiempo muchos cambios rápidos ocurren en su cuerpo, mente y en sus relaciones interpersonales. Con un estilo de vida poco familiar muchos estudiantes desarrollan hábitos poco saludables, en particular hábitos dietéticos inadecuados. En muchos casos la nueva situación de convivencia, el comportamiento alimentario de los compañeros de departamento o de residencia, el consumo de alcohol, los apuros económicos y la mayor o menor habilidad para cocinar hacen que cambien sus hábitos de alimentación. Por tanto, se trata de un periodo crítico para el desarrollo de estilos de vida que tienen mucha importancia en su futura salud. Los estudiantes universitarios están en un período de transición dinámica entre crecimiento y desarrollo que crea un puente entre adolescencia y adultez. Sin embargo, esto no es visto como prioridad para los programas de promoción de la salud en algunos países.

Uno de los principales objetivos de la educación en la carrera de Odontología es preparar a los estudiantes para motivar a sus pacientes a adoptar buenos hábitos de higiene oral. Es mucho más fácil de lograr esto si ellos mismos están motivados. Es más, los estudiantes de odontología deberían ser capaces de aplicar los conocimientos adquiridos en su propio cuidado de la salud bucal (Rahman & Al Kawas, 2013).

En Argentina, de acuerdo con estudios realizados recientemente por la Confederación Odontológica de la República Argentina (CORA), sólo tres de cada diez adolescentes de entre 13 y 17 años se higieniza los dientes todos los días. Esto equivale a que en la actualidad solo el 30 % de los jóvenes lo practiquen a diario, lo que implica, a

---

favorables, de manera que éstas ayuden a rescatar una correcta higiene bucal.

su vez, que el 90 % tiene algún problema dental. Lamentablemente, esos problemas seguirán existiendo, ya que, como reveló el mismo estudio, sólo el 5 % acudía periódicamente al odontólogo para un control, donde se puede acordar que la falta de cuidado por la salud dental que se vincula estrechamente con un problema de educación (González y Rivas, 2006).

En la Argentina de este nuevo siglo podemos encontrar las *viejas enfermedades con renovada vigencia*. La leishmaniasis presenta una situación endémica en varias provincias del norte argentino –de 300 a 500 enfermos anuales–, con algunos casos fatales de leishmaniasis visceral. La tuberculosis está en todo el país, y deja todos los años un promedio de 11.000 nuevos enfermos y de 800 a 900 muertes (Báscolo, 2010).

Nuestro país se distingue, en América Latina, por una extensa oferta asistencial (con un sofisticado desarrollo tecnológico en la prestación de servicios de alta complejidad), una elevada capacidad técnica y un alto nivel de gasto. Esa caracterización se sostiene en el marco de una profunda heterogeneidad que expresa las desigualdades existentes entre diferentes provincias como entre municipios y al interior de estos, ya sea en los perfiles epidemiológicos, el acceso a la atención, la cobertura prestacional, los marcos de regulación, las capacidades institucionales y el nivel de gasto (Spinelli, 2010).

Desde 1946, al crearse el Ministerio de Salud con el Dr. Ramón Carrillo como su primer ministro, el campo de la salud en Argentina ha experimentado múltiples intentos de reforma. Los procesos de extensión de cobertura iniciados desde ese ministerio con la duplicación de la cantidad de camas hospitalarias en el país y éxitos como, por ejemplo, el control y la cuasi erradicación del paludismo; la experiencia en los '70 de un Sistema Nacional Integrado de Salud; o el intento de un Seguro Nacional de Salud en los inicios de la democracia en los '80, son algunas de las referencias que se podrían tomar para señalar los esfuerzos por darle "racionalidad al campo". Por ello, a continuación de expondrá una breve síntesis de los hitos fundamentales que han marcado los procesos del sistema de salud argentino a lo largo de la historia.

## **Línea histórica del sistema de salud argentino**

El sistema de salud argentino ha evolucionado en base a diferentes procesos históricos, los cuales detallamos a continuación tomando como base el trabajo de Tobar (2012).

**Anterior al año 1945 - Estado Liberal - Burguesía agro-exportadora:** El paradigma reinante fue el de que la “salud” se trataba de una cuestión individual y objeto de caridad. La salud no era considerada un problema de índole pública sino privada. Instituciones de atención médica bajo la forma de caridad por Sociedades de Beneficencia. Había escasa capacidad de prevención y se carecía de políticas de salud a largo plazo. La función del Estado consistía en cuidar la higiene pública, controlar epidemias, vigilar la sanidad de las fronteras y dar asistencia frente a contingencias no previstas.

**1946 – 1955 - Pdte. Juan Domingo Perón - Estado de Compromiso (de Bienestar):** En el año 1946 se crea por Decreto Nacional N° 14.807 la Secretaría de Salud Pública, con rango de Ministerio.

- Se produce una expansión estatal de la cobertura sanitaria y de los derechos sociales
- Se nacionalizan establecimientos públicos, desplazando así a las sociedades de beneficencia.
- Se construyen nuevos hospitales y centros médicos ambulatorios y se duplica la cantidad de camas hospitalarias.
- Se crean programas dirigidos a problemáticas sanitarias específicas.
- El Hospital Público se convierte en un centro formador de profesionales y de acceso para todos los sectores de la población, sobre todo para los menos pudientes.
- Los trabajadores comienzan a agruparse en mutuales de acuerdo con su rama de producción, esto sienta las bases de lo que luego constituiría las obras sociales.

**1955 – 1958 - Pdte. Pedro Eugenio Aramburu- Descentralización del Sistema:**  
En el año 1955 se produce el derrocamiento de Perón y se pretendió sin éxito reducir el



sistema de salud a partir de una progresiva desconcentración de los servicios de salud pública.

**1958 – 1962 - Pdte. Arturo Frondizi- El modelo desarrollista:** Racionalización del Sector Público. Austeridad fiscal. Descentralización de los hospitales nacionales a las provincias, ya iniciado con el golpe de estado del año 1955.

**1963 – 1966 - Pdte. Arturo Illia - Política de transferencia de hospitales:** iniciada en el año 1957, trajo como consecuencia un estado de incertidumbre, anarquía y caos con el resultado del desmantelamiento del Sistema de Salud, en cuanto a dotación de personal, renovación de equipos y mantenimiento presupuestario.

**1966 – 1970 - Pdte. Juan Carlos Onganía – Creación de los bases de funcionamiento del sistema de la Seguridad Social:** muchas de las cuales permanecen hasta nuestros días. Creación de la Ley de Obras Sociales y del INSS (Instituto Nacional de Seguridad Social) para Jubilados y Pensionados. Fuerte participación de la iglesia, que busca concretar un acuerdo entre la COMRA (Confederación Médica de la República Argentina) y la CGT (Confederación General del Trabajo de la República Argentina).

**1973 – 1976 - Pdtes. Héctor José Cámpora, Juan D. Perón y Stella Martínez de Perón - Regreso del peronismo:** Salud representada por el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Las primeras versiones preparadas por los cuadros técnicos del peronismo de la época hablaban sobre un Sistema Único de Salud.

**1976 - Dictadura militar:** Clausuró la búsqueda de un sistema de salud. A diferencia de los documentos de la época de Onganía, repletos de referencias religiosas, el plan de salud expresa principios liberales. Defensa irrestricta de la propiedad privada. A comienzos del año 1978 se realiza la transferencia definitiva de los hospitales nacionales a las provincias.

**1983 – 1989 - Pdte. Raúl Alfonsín - Recuperación de la democracia:**

Cuadro de situación:

- Fragmentación del sistema de salud en la Argentina.
- Un 70 % de los argentinos se encontraba cubierto por una o más Obras Sociales.
- Estado responsable de cubrir el 30 % restante “sin cobertura”.
- Intento por crear el Seguro Nacional de Salud en 1984.

### **1989 – 1999 - Pdte. Carlos Saúl Menem - Contexto: crisis de la hiperinflación:**

Fuerte participación proporcional del subsector privado en la infraestructura de salud.

Surgen dispositivos como:

- Hospital de Autogestión y la libre elección en la afiliación a las obras sociales.
- Entrada en política de salud de los organismos multilaterales de crédito, legitimados por su rol en el financiamiento de las políticas sociales y sanitarias.

**1999 – 2001 - Pdte. Fernando de la Rúa - Gobierno de la Alianza:** Continuidad de las políticas de la década del 90. "Desregulación de las Obras Sociales". Los organismos multilaterales de crédito trasladando una parte de sus acciones a provincias que garantizaban continuidad con las políticas menemistas (Córdoba, Salta.)

**2003 – 2007 – Pdte. Néstor Carlos Kirchner - Política pública de recuperación del rol de Estado:** La política de salud no sería la excepción. Frente a la herencia dejada por el proceso de descentralización, el cual había descuidado la definición de un claro rol para el centro, y de mecanismos compensatorios y articuladores que permitieran evitar que el subsistema público se fragmentara en sus diversas jurisdicciones, era necesario desarrollar esfuerzos de coordinación y de recuperación del protagonismo del Estado nacional en el sistema. Estos desafíos fueron asumidos durante la gestión kirchnerista. A partir de un fuerte liderazgo político ministerial que, si bien ya existía desde 2002, recibió mayor respaldo político durante la gestión de Néstor Kirchner, que revitalizó el anteriormente devaluado Consejo Federal de Salud; esto permitió mayor relevancia y efectividad a los consensos entre Nación y provincias, elaborados respecto de la política pública de salud. La estrategia dirigida a fortalecer la capacidad estatal en el sector, al mismo tiempo que vigorizaba la institucionalidad federal, se hizo evidente en la creación de un Plan Federal de Salud 2004-2007, que reivindicaba el papel rector del ministerio nacional en el ámbito del sistema público de salud. En salud, el incremento presupuestario fue de 2 puntos porcentuales, alcanzando en 2009 el 6,20% del PBI.

También se implementaron programas y lineamientos de política de salud, tendientes a articular intervenciones desde el estado nacional, atando la asignación de recursos al cumplimiento de metas por parte de las jurisdicciones. Entre ellos se destaca el Plan Nacer, un programa para la atención de la salud materno-infantil. En otro ámbito de la salud también se desarrollaron líneas de políticas vinculadas con la salud sexual y

reproductiva, y con el protagonismo del estado nacional- en articulación con las jurisdicciones sub nacionales- se implementaron políticas dirigidas a garantizar el acceso equitativo a los medicamentos. En este sentido, cabe señalar al Programa Remediar y a la ley de Medicamentos genéricos.

**2007 – 2015– Pdta. Cristina Fernández de Kirchner – Implementación y fortalecimiento de Planes y Programas:** Sumar, Plan Nacer, Salud Materno Infantil, Programa Remediar, Programa Nacional de Salud Sexual. Argentina logró disminuir la mortalidad materno infantil del 4,4 por mil al 3,2 por mil, y la tasa de mortalidad infantil del 16,5 por mil a 10,8 por mil, gracias a planes de salud gratuitos para mujeres y niños. Todo esto tuvo que ver con grandes planes, que establecieron una cobertura territorial y gratuita. El Plan Sumar, que se creó en 2012 incluyó a niños de 6 a 9 años, adolescentes de 10 a 19, y mujeres de 20 a 64 años, y que ha seguido al Plan Nacer, lanzado en 2004 que cubrió a embarazadas y niños de 0 a 6 años. Adicionalmente tres anomalías congénitas (labio leporino, piebot y displasia de cadera) se sumaron a las prestaciones gratuitas para las personas sin obra social.

En 2015 la tasa de mortalidad infantil descendió a un dígito por primera vez en 25 años, al ubicarse en 9,7 por mil. Estos programas y políticas tuvieron un fuerte impacto en la Provincia de Formosa, porque la política sanitaria del gobierno nacional tuvo como eje central la APS y la descentralización del modelo hospitalario, dentro de este nuevo escenario surge el CPSERC.

## **Modos de gobernanza en Atención Primaria en Salud (APS)**

La noción de gobernanza se ha postulado como una herramienta útil para estudiar los procesos políticos e institucionales que atraviesa la implementación de las políticas de APS y su efectividad en la capacidad de producir innovaciones en la organización de Sistemas de Servicios de Salud. Con esta perspectiva, se busca explicar los procesos de cambio y la efectividad de diferentes modos de gobernanza aplicados a las políticas que promueven sistemas integrados basados en APS.

Scott (Scott, Ruef, Mendel y Caronna, 2000) ha definido los modos de gobernanza como los arreglos por los cuales el nivel de poder y autoridad es ejercido, involucrando en forma variada sistemas formales e informales, auspicios públicos y privados, mecanismos regulatorios y normativos. Reconocer los mecanismos horizontales (de cooperación) o verticales (de jerarquía) de regulación social permite describir las estructuras de gobernanza, con su influencia sobre los actores involucrados en la organización de los procesos de producción social de bienes o servicios.

Ouchi (1980) incorpora la identificación de distintos modos de gobernanza: mercado, jerarquía y clan, caracterizados por el tipo de los mecanismos establecidos para resolver las brechas de objetivos entre organizaciones y actores individuales. Los mecanismos de regulación son rasgos distintivos de los arreglos institucionales, llamados modos de gobernanza.

Los modos de gobernanza no son creados para ser eficientes, sino moldeados por los intereses y valores de aquellos actores con mayor poder de influencia. En otras palabras, cada modo de gobernanza se distingue por los mecanismos de regulación utilizados, los cuales serán empleados por aquellos actores con mayor capacidad y poder para ejercer su influencia en función a sus propios intereses y valores.

El proceso social de construcción de normas sociales alberga una disputa de intereses y valores que se resuelve o modera a través de mecanismos de regulación que influyen sobre la determinación de la distribución de recursos (dinero y autoridad) y en los valores en pugna (OMS, 2012).

Por esta razón, la caracterización de diferentes modos de gobernanza requiere del

análisis de los actores estratégicos con influencia sobre la determinación de los mecanismos de regulación utilizados, los niveles o espacios de su formulación e implementación y las puestas en juego que expresan la disputa de economía política vinculada con el proceso social bajo estudio.

Entre los **Modos de Gobernanza** (Báscolo, 2010) pueden distinguirse aquellos:

- **Basado en jerarquía.** Este modo tiene mecanismos de regulación que se basa en reglas y normas burocráticas de la organización.
- **Incentivos de gobernanza** Estas estructuras orientan las conductas en función de los intereses de los actores, buscando su coherencia con los objetivos de la organización o red.
- **Gobernanza basada en valores.** En este caso, no prevalece la brecha y conflictividad entre intereses privados y de la organización. Por el contrario, se destaca una visión y valores compartidos que permiten coordinación de unidades productivas y actores.

Para ampliar este concepto de gobernanza, es posible distinguir niveles de gestión en asistencia sanitaria y niveles de responsabilidad en los que se toman las decisiones sobre la salud. Según Tobar (2002) los servicios sanitarios suelen diferenciarse en **tres niveles organizativos**:

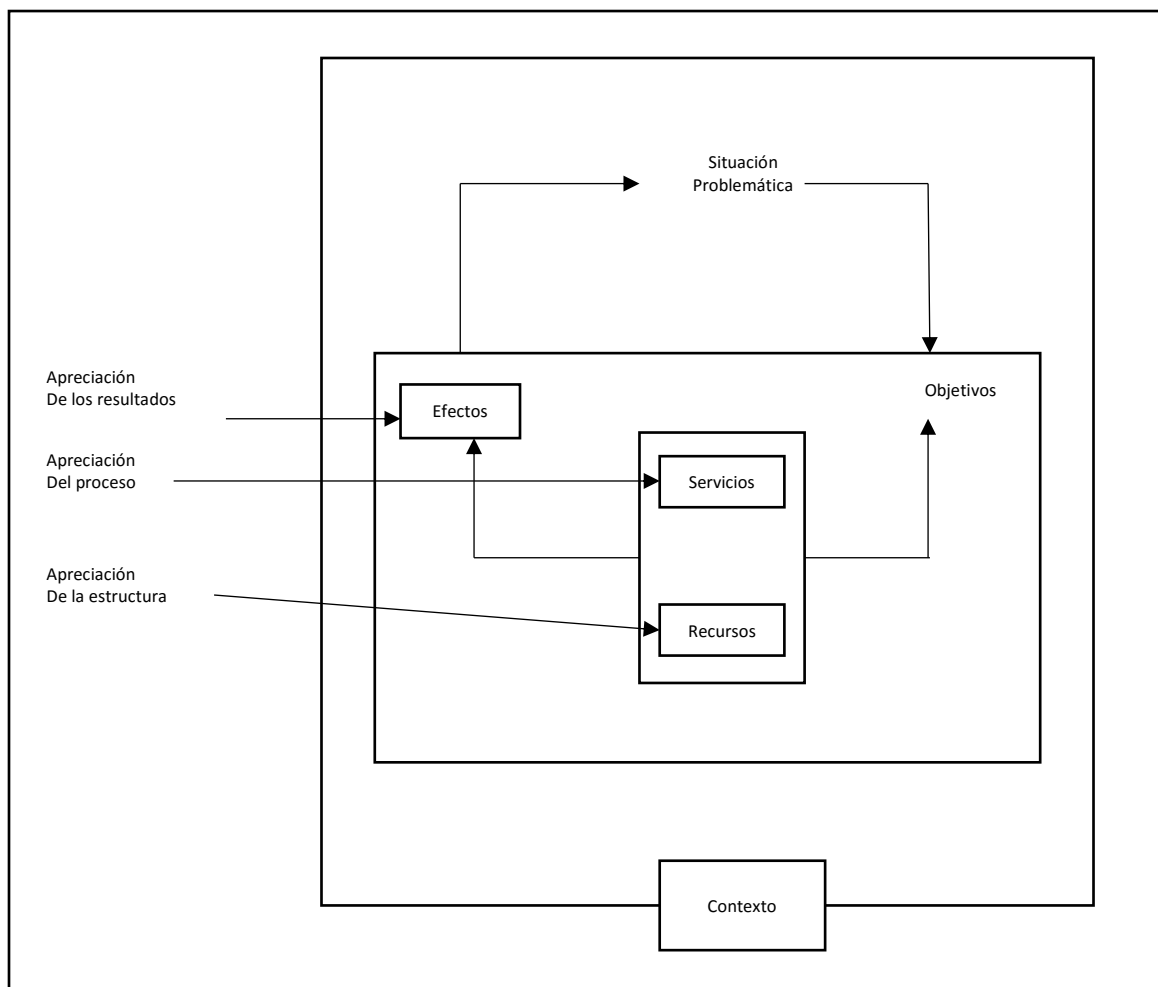
- La **Macro gestión** se utiliza para referirse al nivel más alto de decisión: Ejemplo: Ministerio de Salud. Es aquel cuya función es definir la política sanitaria y abordar cuestiones como: la financiación, la regulación legal y el estudio del mercado.
- La **Meso gestión** es la que se realiza a través de la coordinación de los recursos de un centro, un hospital, etc. Su objetivo principal es aproximar las decisiones derivadas de la política y la disponibilidad presupuestaria a las necesidades de la práctica clínica diaria, motivar a los profesionales y asegurar un funcionamiento eficiente y efectivo de los recursos disponibles.
- La **Micro gestión** está constituida por la toma de decisiones que se realizan en servicios y unidades clínicas por parte de los profesionales involucrados en la atención directa a los pacientes. De ahí que también se la denomine **gestión clínica**.

## La evaluación en el Área de la Salud

La evaluación en el Área de la Salud (Contandriopoulos, Champagne, Denis y Pineault, 1994) consiste fundamentalmente en hacer un juicio de valor con respecto de una intervención o sobre cualquiera de uno de sus componentes, con el objetivo de ayudar en la toma de decisiones. Este juicio puede ser el resultado de la aplicación de criterios y de normas (evaluación normativa) o se elabora a partir de un procedimiento científico (investigación evaluativa).

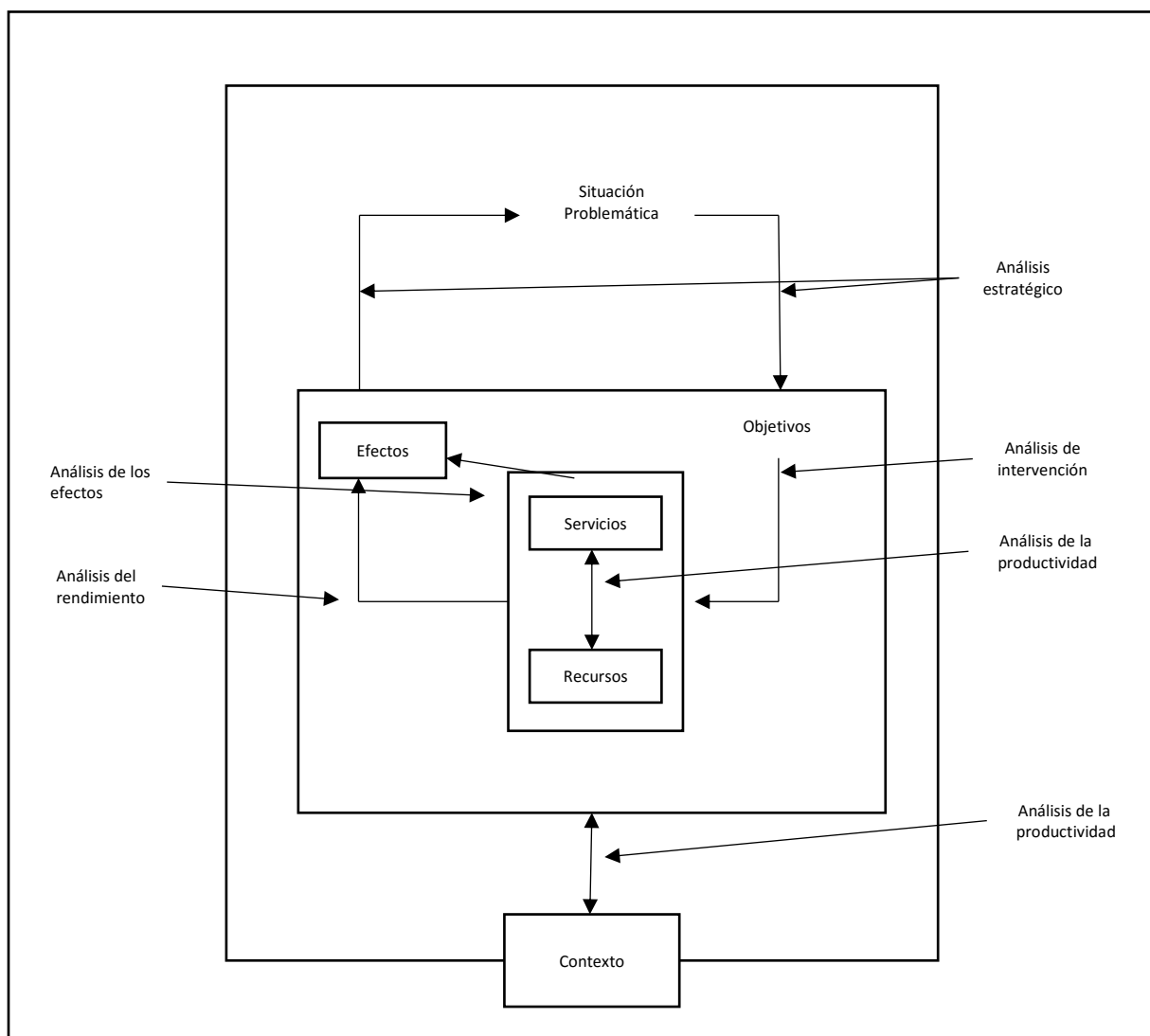
### Investigación evaluativa: normativa y estratégica

La evaluación normativa (Báscolo, 2010) es la actividad que consiste en hacer un juicio sobre una intervención, comparando los recursos empleados y su organización (estructura), los servicios o los bienes producidos (procesos) y los resultados obtenidos, con criterios y normas (ver esquema). Esta evaluación nos permitirá analizar los resultados en términos de los objetivos de prevención de salud bucal y atención odontológica del CPSERC.



**La investigación evaluativa**, según Báscolo, (2010) es el procedimiento que consiste en hacer un juicio ex–post de una intervención usando métodos científicos. Más precisamente, se trata de analizar la pertinencia, los fundamentos teóricos, la productividad, los efectos y el rendimiento de una intervención, así como las relaciones existentes entre la intervención y el contexto en el cuál ella se sitúa, generalmente con el objetivo de ayudar en la toma de decisiones.

La investigación evaluativa, como podemos ver en el próximo esquema, puede descomponerse en varios tipos de análisis. Hacer investigación evaluativa en una intervención consistirá, por lo tanto, en hacer uno o varios de estos análisis. Tendremos entonces que apelar frecuentemente a varias estrategias de investigación y considerar las perspectivas de los diferentes actores incluidos en la intervención.



**El análisis estratégico** trata de analizar la pertinencia de la intervención, esto es, de analizar la adecuación estratégica entre la intervención y la situación problemática que dio origen a la intervención. Para esto, hacemos dos preguntas: ¿Es pertinente intervenir sobre este problema considerando todos los problemas existentes? ¿Es pertinente, considerando la estrategia de intervención adoptada, intervenir como se está haciendo? O sea, el factor de riesgo en el cuál actúa la intervención es lo más importante, la población objetivo es la de mayor riesgo. Los recursos empleados son los más aptos.

Hacer estos análisis implica que nos preocupamos con la forma como la situación problemática fue concebida, esto es, con métodos usados para apreciar las necesidades, con un grado de prioridad del problema de salud escogido en relación con el conjunto de los problemas identificados, así como con la pertinencia de la intervención escogida en relación con todas las intervenciones posibles.

El análisis estratégico de una intervención puede ser hecho a partir de análisis de mercado, análisis de necesidades, de métodos de determinación de prioridades (Dever, Dever y Francois, 1984). Siendo el objetivo final de la evaluación el de ayudar en la toma de decisiones, es preciso interrogarse sobre la influencia que las informaciones ofrecidas por el evaluador puedan tener en éstas.

La evaluación normativa tiene como finalidad principal ayudar a los gerentes a pre llenar sus funciones habituales. Ella es normalmente hecha por aquellos que son responsables por el funcionamiento y por la gestión de la intervención, es parte de la actividad natural de un gerente y debería, por lo tanto, tener una fuerte validez pragmática.

Por otro lado, la investigación evaluativa, que exige una pericia metodológica y teórica importante, generalmente no puede ser hecha por aquellos que son responsables por la intervención en sí. Ella es frecuentemente confiada a los investigadores que son exteriores a la intervención. En este caso, la cuestión de saber si sus trabajos serán útiles para las decisiones es importante. La evaluación es una actividad, como la investigación, que es útil para el establecimiento de políticas, pero ella nunca es suficiente para establecer políticas.

Este marco conceptual provisto por la investigación evaluativa nos aportará las herramientas conceptuales para problematizar las intervenciones del CPSERC a partir de un contexto y una situación problemática dada. En busca del objetivo de evaluar la



implementación de los programas de atención, cuidado y prevención de la salud bucal del CPSERC, comprenderemos por programa no sólo la reglamentación explícita sino todo el conjunto de acciones llevadas adelante por el servicio odontológico. Así, el análisis estratégico nos posibilitará evaluar los programas de salud a partir de las intervenciones, los efectos, el rendimiento y la productividad en la interrelación de los servicios y recursos dados a partir de determinados problemas y con miras a alcanzar objetivos definidos.

## Resultados

En el proceso de investigación, se avanzó en relevar y categorizar los conocimientos y actitudes sobre salud bucal de los estudiantes atendidos en el CPSERC, analizando variables como: perfil socio económico de los estudiantes, conocimientos de técnicas de higiene oral y actitudes de las estudiantes relacionadas con su salud bucal.

Como un modo de contextualizar la población sobre la que se indaga y sobre la que se enfocan los programas del CPSERC, se pudo registrar que actualmente el casi 76% de los estudiantes viven en la Capital, mientras que el cuarto restante vive en general en localidades aledañas. Debido a las diferentes distancias de los pueblos del interior con Formosa Capital, la mayoría de los estudiantes se mudan a la capital, excepto aquellos que viven a pocos kilómetros de esta. Luego, se les consultó por la localidad de origen, previo a mudarse a la capital, y a aquellos que residían en el interior de la provincia, se les preguntó si la localidad en la que residían era un área rural o urbana, y mayormente residían en áreas rurales (62, 52%).

**Gráfico 2: Localidad rural / urbana**



Fuente: Elaboración propia.

Frente a la consulta sobre el tipo y características de la residencia de origen (“de sus padres”), el 75,8% respondió que vivía en casa, el 14, 52% en departamento, pero casi un 10% responde “en un rancho”. Un 15% de éstas viviendas tiene piso de cemento, (12,9%) de alfombra, y de tierra (3,23%); con respecto al techo, de chapa y sin cielo raso, un 6, 45%; y el 4,84% sólo dispone de letrina. En relación con la disponibilidad de agua, el 9,68% respondió que el acceso al agua se encuentra fuera de la vivienda, y el 14, 51% indica que ésta no proviene de la red pública; así como también el 4, 84% utiliza leña para

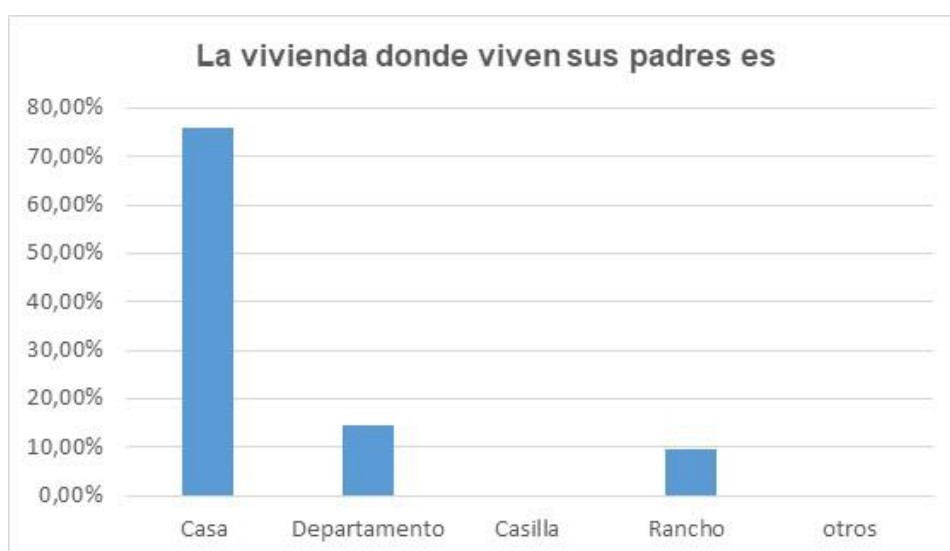
cocinar y no gas natural o envasado.

**Gráfico 3: Provisión de agua**



Fuente: Elaboración propia

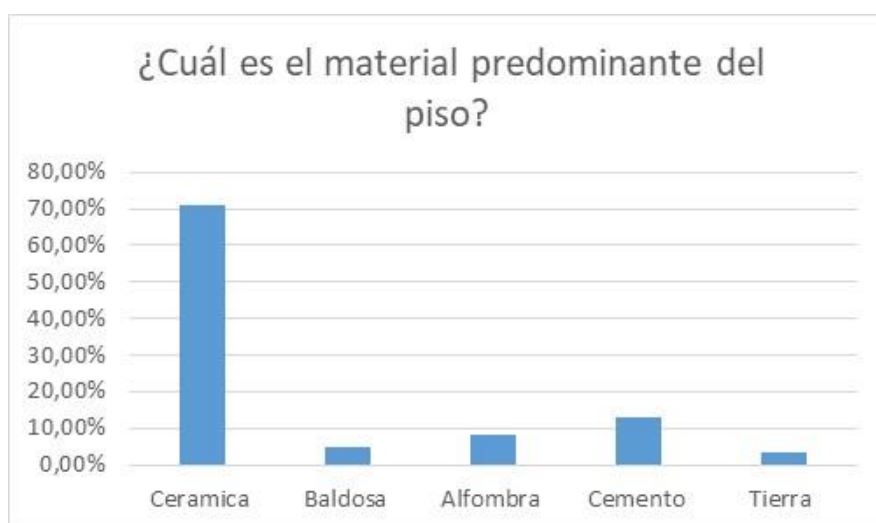
**Gráfico 4: Vivienda de origen**



Fuente: Elaboración propia

Este último número debe ser considerado al menos por dos razones. En primer lugar, nos indica que el CPSERC recibe entre un 10% y 20% de estudiantes que proviene de hogares con algunas de sus necesidades básicas insatisfechas. Y, en segundo lugar, se debe tomar nota que este origen suele ser acompañado por déficit en términos de su salud, del conocimiento de autocuidado y, por tanto, se deberían planificar programas específicos para este grupo de estudiantes.

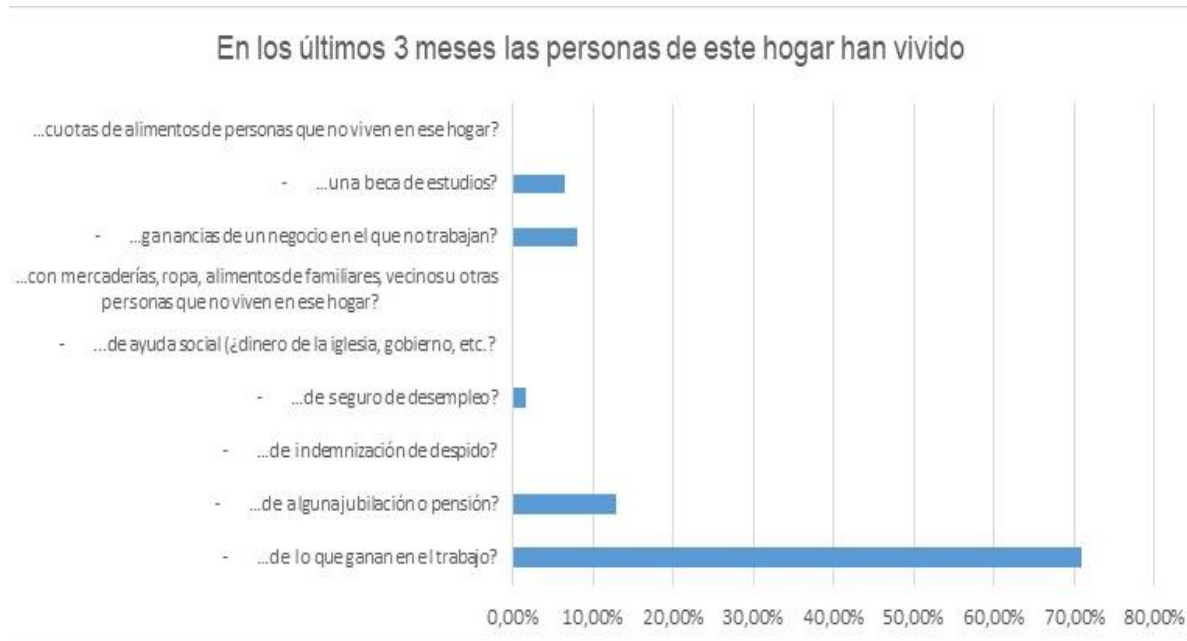
**Gráfico 5: Material del piso de la casa de origen**



Fuente: Elaboración propia

En relación con los ingresos percibidos en este hogar de origen, se declara que el 70% vive del sueldo de un trabajo realizado, y el 8% se sustenta de una renta o por un negocio donde no se trabaja. El 12,9% se sostiene económicamente a partir de una jubilación o pensión, el 1,61% de un seguro de desempleo y el 6,45% de una beca de estudios. Estas cifras también nos devuelven entre un 10% y 15% de las familias de los estudiantes perciben un salario reducido para la familia, por lo que un segmento de la población universitaria se haya en una situación diferencial respecto del resto, y que sus familias no deben poder asistirlos del mismo modo que al resto de la población universitaria.

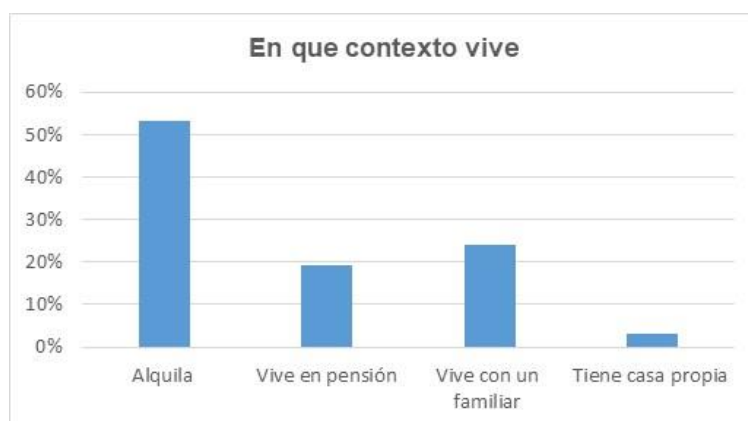
**Gráfico 6: Ingresos en la casa de origen**



Fuente: Elaboración propia

En relación con la vivienda en la que en la actualmente habitan, se relevó que la situación habitacional actual se distribuye en más de una mitad que alquila (53, 23%), casi un cuarto de los estudiantes vive con un familiar (24, 19%), sólo un 3, 23% es dueño de su casa y casi un 20% reside en una pensión.

**Gráfico 7: Situación habitacional actual**



Fuente: Elaboración propia

Al tomar en consideración estas variables: contexto de vida de los estudiantes, características de la vivienda de sus padres y los ingresos económicos, se revela que entre un 10 y un 20% de los estudiantes se encuentra con alguna de las necesidades básicas insatisfechas y, por lo tanto, deben ser considerado como una porción de la población que está en una situación socioeconómica más vulnerables que el resto. Esto se corresponde con la información suministrada por la Tabla de hogares con NBI en Formosa (2010), donde la provincia registró en 2010 la mayor proporción de hogares con necesidades básicas insatisfechas (19,7%), duplicando el promedio de la media nacional (9,1%).

Ponemos en consideración estas variables socioeconómicas en tanto que se comprende que todos estos factores socioculturales de la población y los factores ambientales impactan en la salud bucal. Y, ponemos estos datos en consideración al menos por dos razones fundamentales. Por un lado, estos resultados dibujan el contexto de la evaluación científica propuesta como herramental teórico para el análisis. Por otro lado, comprendemos que el perfil epidemiológico de las poblaciones es producto de las

huellas históricas que no sólo impactan al campo de la salud, sino también sobre los condicionamientos sociales, políticos y económicos que naturalizan las desigualdades y dan una forma excluyente a las sociedades.

Si bien excede los objetivos de investigación indagar específicamente el peso de estos factores en la salud de la población universitaria, fueron relevados, en tanto que como contexto, enmarcan la situación problemática sobre la que se indaga. Por ello se vuelven significativos en esta investigación los indicadores que nos aportan información sobre las condiciones de vida, educación, acceso al agua potable y tipo y disponibilidad de alimentos.

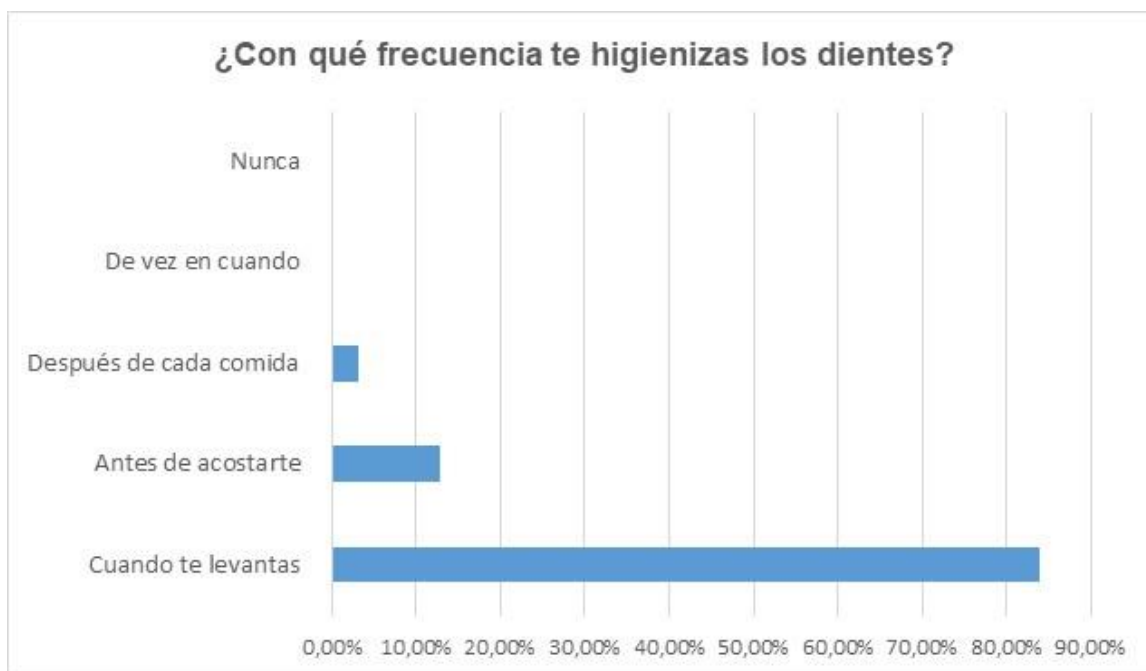
Se considera importante aquí recordar cómo la etapa y las prácticas de los estudiantes universitarios los vuelven una población singular, en términos de su alimentación, de su estilo de vida y de su salud. Los universitarios de los primeros años, en general, se hacen responsables por primera vez de su alimentación, de su salud, de su economía doméstica y de sus prácticas cotidianas. Por ello, se debe prestar particular atención a los hábitos poco saludables en torno de su alimentación, de la situación habitacional y de sus dificultades económicas que pueden impactar en su salud futura. Circunstancias significativas en un momento de transición dinámica hacia la adultez.

Por tanto, en busca de la promoción del autocuidado es importante relevar las conductas intermedias y modificables en relación con el consumo de azúcares, alcohol y tabaco. En relación con las condiciones que inciden en la salud en general de los estudiantes y de su salud bucal, se relevó que el 61,29% tiene el hábito de fumar, lo que favorece directamente la instalación de enfermedad periodontal. Frente a la pregunta si se padece alguna enfermedad, sólo el 3,23% respondió de modo afirmativo y el 1,61% tiene diabetes. En relación con el consumo de golosinas, el 20,97% las ingiere 5 o más veces al día, menos de 5 veces el 75,81%, y ninguna el 3,23%.

También es significativo para los objetivos de esta investigación relevar la práctica de higiene bucal como un factor determinante en la salud bucal. Aquí es importante dar cuenta de las prácticas y de los conocimientos en relación con la salud bucal, en tanto que ello es una parte fundamental del autocuidado. Por ello, es necesario primero evaluar cuáles son estas prácticas para luego poder generar estrategias y técnicas de promoción de autocuidado por parte del equipo de salud. La finalidad sería acercarse a los ideales

del autocuidado, como ser: cepillado oral 4 veces al día después de cada comida, uso de limpiadores interdentarios una vez al día, evitar el consumo de azúcares procesados entre las comidas principales, elección de snacks saludables y evitar caer en hábitos como el tabaquismo o el exceso de alcohol u otras sustancias injuriosas para la salud. También se considera importante tener un conocimiento mínimo de anatomía y funcionamiento de su aparato masticatorio y realizar dos visitas anuales al profesional odontólogo.

**Grafico 8: Frecuencia y oportunidad de la practica de higiene**



Fuente: Elaboración propia

En relación con la práctica de higiene bucal, se manifiesta que se cepillan los dientes de modo mayoritario una vez por día a la mañana (83,87%), y a la noche (12,9%), y sólo un 3,23% lo realizan después de cada comida. También una gran mayoría utiliza dentífrico: el 90,2%. Aquí se acumula casi un 10% que, o bien que no utiliza pasta dental (6,45%), o bien lo hace solo a veces (3,23%). En relación con la utilización de un enjuague con flúor, sólo lo utiliza frecuentemente un 8,06%, a veces un 64,52%, y más de un cuarto no lo utiliza o nunca lo ha hecho (27,42%). Respecto del uso del hilo dental, sólo el 4,84% manifiesta un uso regular, el 33,87% lo usa a veces y no lo usa o nunca lo ha hecho acumula un 61,29%.

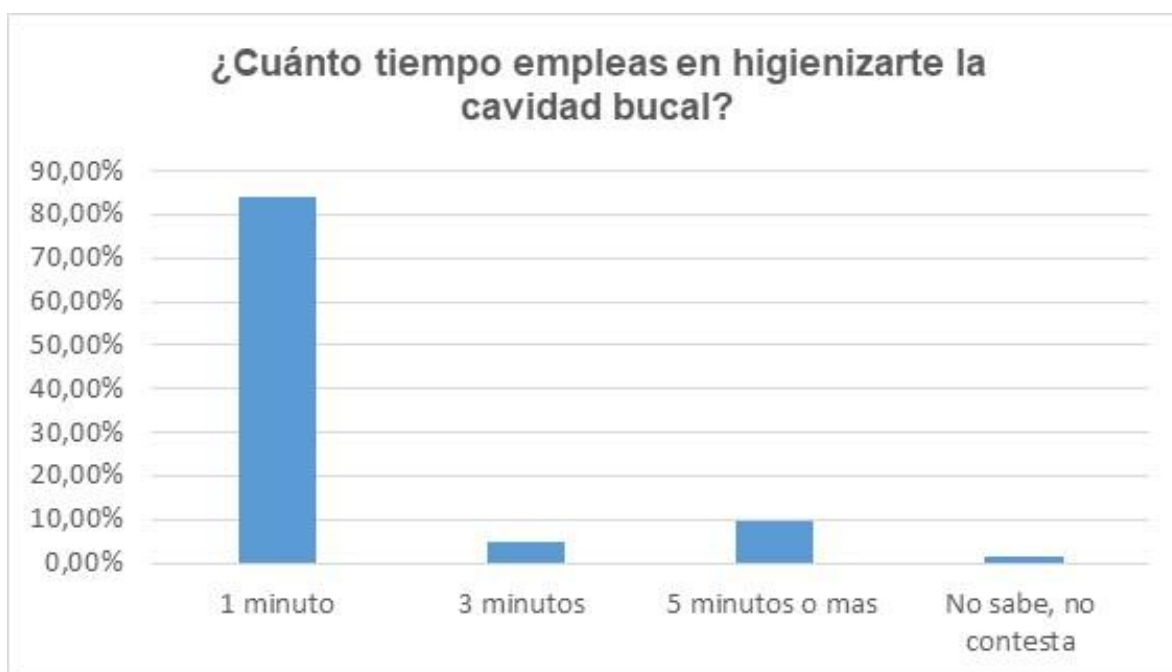
**Gráfico 9: Uso de hilo dental**



Fuente: Elaboración propia

En relación con los movimientos realizados con el cepillo, el 80,65% sólo realiza un movimiento horizontal, en vertical un 5,06%, al azar 4,84 y de las dos formas un 6,45%. Frente a la consulta de si el cepillado incluye la parte interna de los dientes, entre quienes lo hacen a veces se registró un 67,74%, y quienes no lo realizan casi un 10% (9,68%). Más del 80% de los encuestados sólo destina un minuto al cepillado de sus dientes, el 4,84% destina 3 minutos y 5 minutos o más casi el 10% (9,68%).

**Gráfico 10: Tiempo destinado a higienizarte**



Fuente: Elaboración propia



Se registró además que se cepillan la lengua un 4,84%, entre quienes no lo hacen o nunca lo han hecho se acumula un 27,42%, y quienes a veces lo hacen un 67,74%. Sólo el 1,61% no posee un cepillo propio, y en relación con el recambio del cepillo el 66,13% lo cambia sólo cuando se rompe, una vez por año un 11,29%, cada seis meses 16,13% y cada tres el 1,61%.

**Gráfico 11: Cepillado interno de los dientes**



Fuente: Elaboración propia

En relación con el conocimiento sobre el autocuidado odontológico, una gran mayoría (82,26%) afirma que fueron sus padres quienes les enseñaron a higienizarse los dientes, un 8% manifiesta haberse informado por la televisión y sólo un 4,84% por un odontólogo. Un 30,65% manifiesta que a veces los padres son los que los incentivan a cepillarse, que no lo hacen un 64,52% y que si los incentivan un 4,84%.

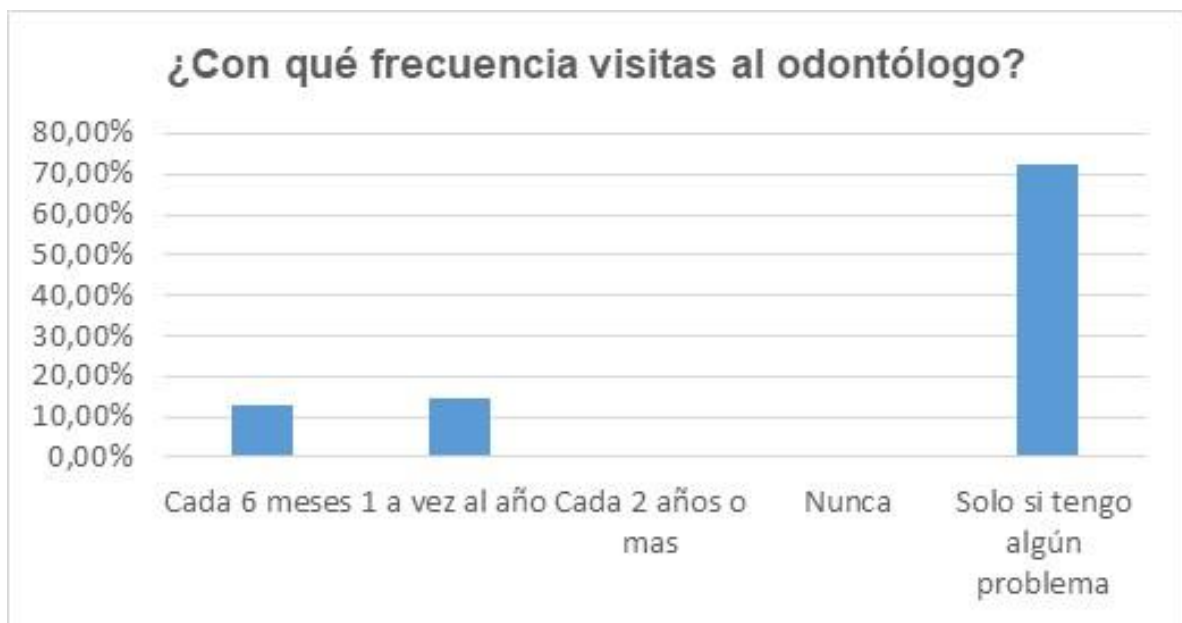
**Gráfico 12: ¿Quién te ha enseñado a higienizarte los dientes?**



Fuente: Elaboración propia

En relación con la regularidad de visitas al odontólogo, el 72,58% manifiesta que sólo las realiza frente a un problema, un 12.9% acude cada seis meses y casi un 15% (14, 58%) lo visita una vez al año.

**Gráfico 13: Frecuencia de visita al odontólogo**



Fuente: Elaboración propia

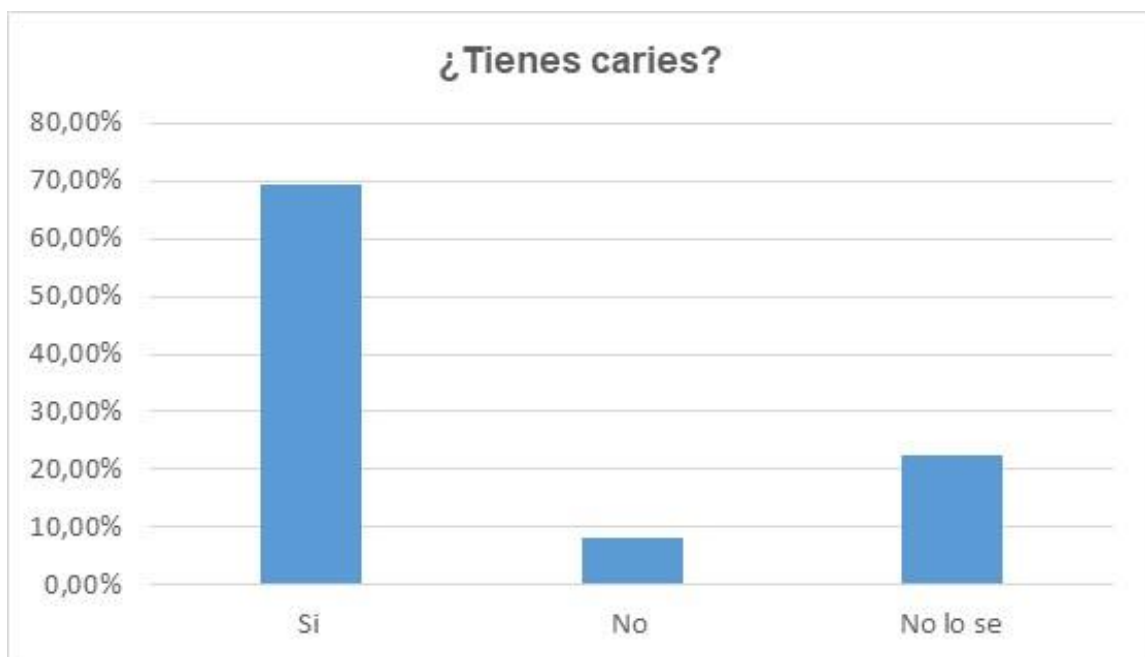
En torno de las afecciones bucales consultadas, se relevó que casi el 70% (69,35%) percibe dolor en los dientes, y más del 70% afirmó tener caries y confirmó que le han extraído alguna pieza dental. Además, el 8% afirma tener mal aliento y el 67,74% a veces. El 91,93% manifiestan que le sangran las encías al cepillarse (79,03%) y espontáneamente (12,9%).

**Gráfico 14: Dolor dental**



Fuente: Elaboración propia

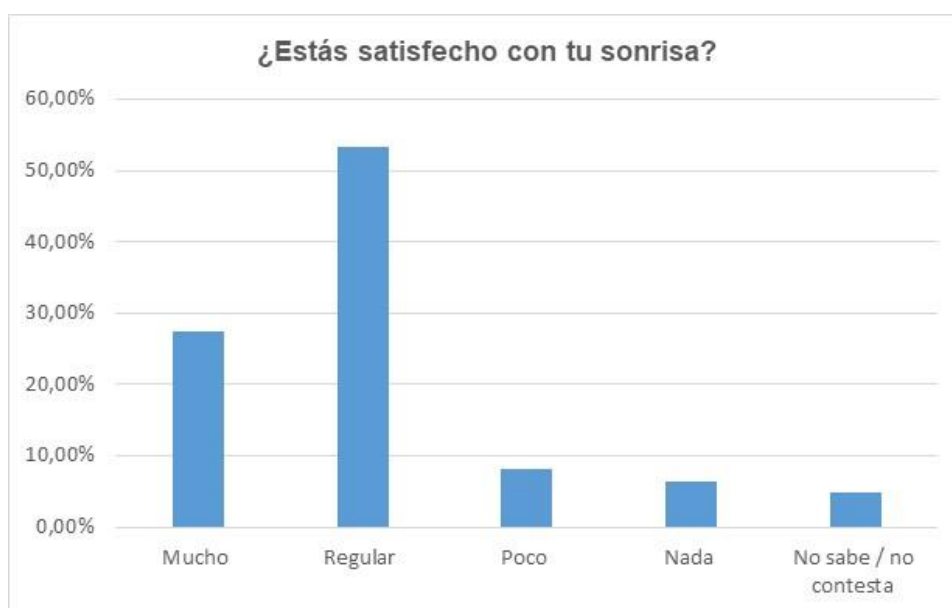
**Gráfico 15: Caries**



Fuente: Elaboración propia

En este marco se preguntó si en general se encuentran satisfechos con su sonrisa, y sólo un poco más de un cuarto respondió “mucho” (27,45%), la mitad (53,23%) “regular” y entre “poco” y “nada” un 14,51%.

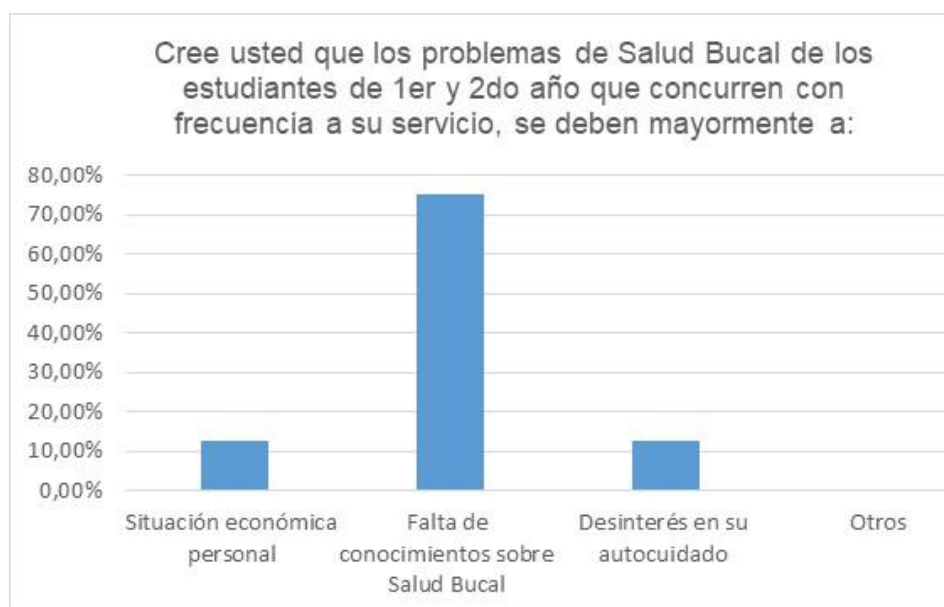
**Gráfico 16: Satisfacción con la estética y salud bucal**



Fuente: Elaboración propia

A los odontólogos se les consultó sobre las razones que explicarían los problemas de la salud en los estudiantes y la gran mayoría (6 de 8) lo comprende como un problema de falta de conocimiento de salud bucal, sólo uno lo comprende como un problema de desinterés y otro como derivado de la situación económica. Los odontólogos del CPSERC mayoritariamente (5 de 8) perciben que sus estudiantes están preocupados por su salud bucal.

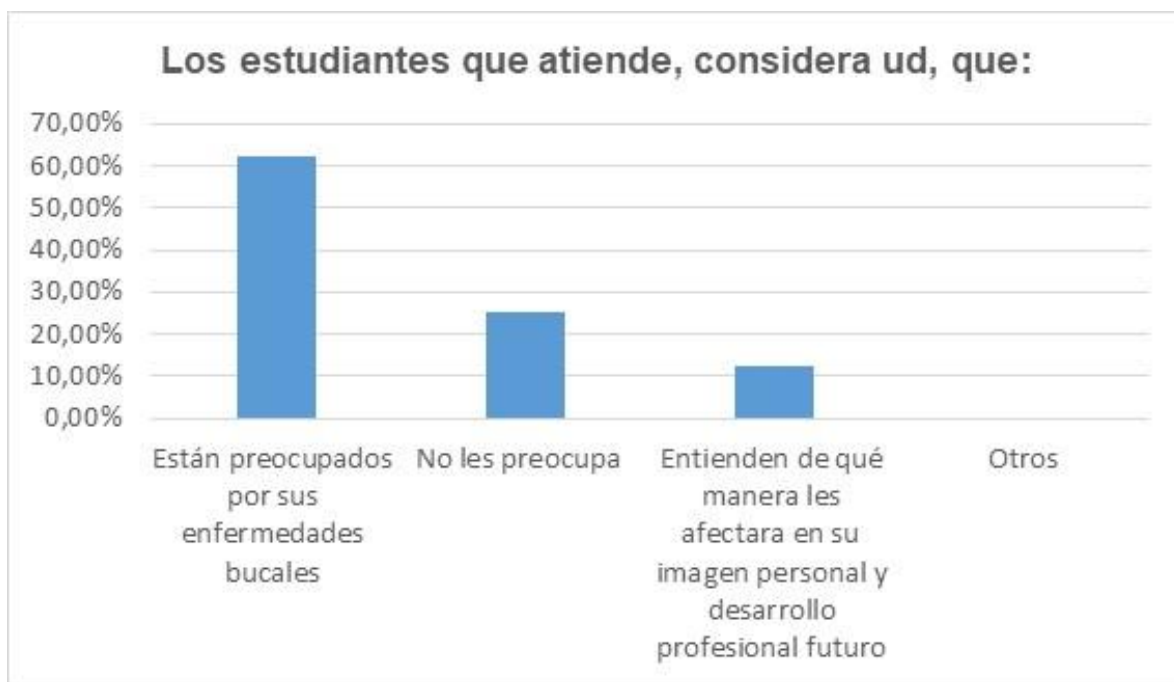
**Gráfico 17: Razones de los problemas de salud bucal**



Fuente: Elaboración propia

Además, los odontólogos, en general (6 de 8), también consideran que es posible y se debería mejorar la atención odontológica del CPSERC. De manera unánime respondieron que es posible y necesaria la planificación de políticas preventivas de Salud Bucal, y mayoritariamente propusieron talleres participativos como opción.

**Gráfico 18: Preocupación por la salud bucal**



Fuente: Elaboración propia

Por su parte, la evaluación del servicio odontológico por parte de los estudiantes arrojó en general resultados positivos. El 83,87% de los estudiantes manifiesta que la atención recibida fue buena (77,42%) o muy buena (6,45%), sólo el 1,62% la percibió como mala y el 14%,52 como regular.

**Gráfico 19: Evaluación del trato del odontólogo**



Fuente: Elaboración propia

En relación con la atención y el tiempo de espera para ser atendido, el 72,58% afirma que fue eficaz, el 22,58% lo consideró regular y sólo el 3,48% tuvo una larga espera. Cuando fueron consultados por la atención en relación con el tratamiento realizado casi el 81% de los encuestados evaluó el servicio recibido como bueno (72,58%) o muy bueno (8,06%), como regular el 16,13%, y mala un 3,23%.

**Gráfico 20: Tiempo de espera para la atención**



Fuente: Elaboración propia

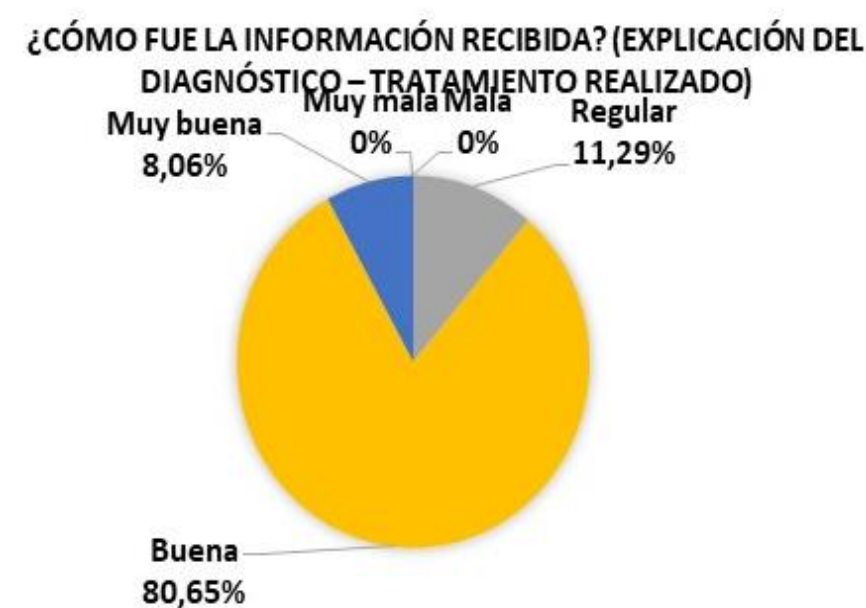
**Gráfico 21: Evaluación del tratamiento realizado**



Fuente: Elaboración propia

En relación con el diagnóstico y la información recibida sobre el tratamiento, los estudiantes manifiestan que la información proporcionada fue buena para un 80,65% de los estudiantes, muy buena para el 8,06% y regular para el 11,29%. Frente a la pregunta de si fue resuelta su consulta, el 90,32% respondió afirmativamente y el 87,1% manifestó que realizaron el seguimiento requerido para su problema.

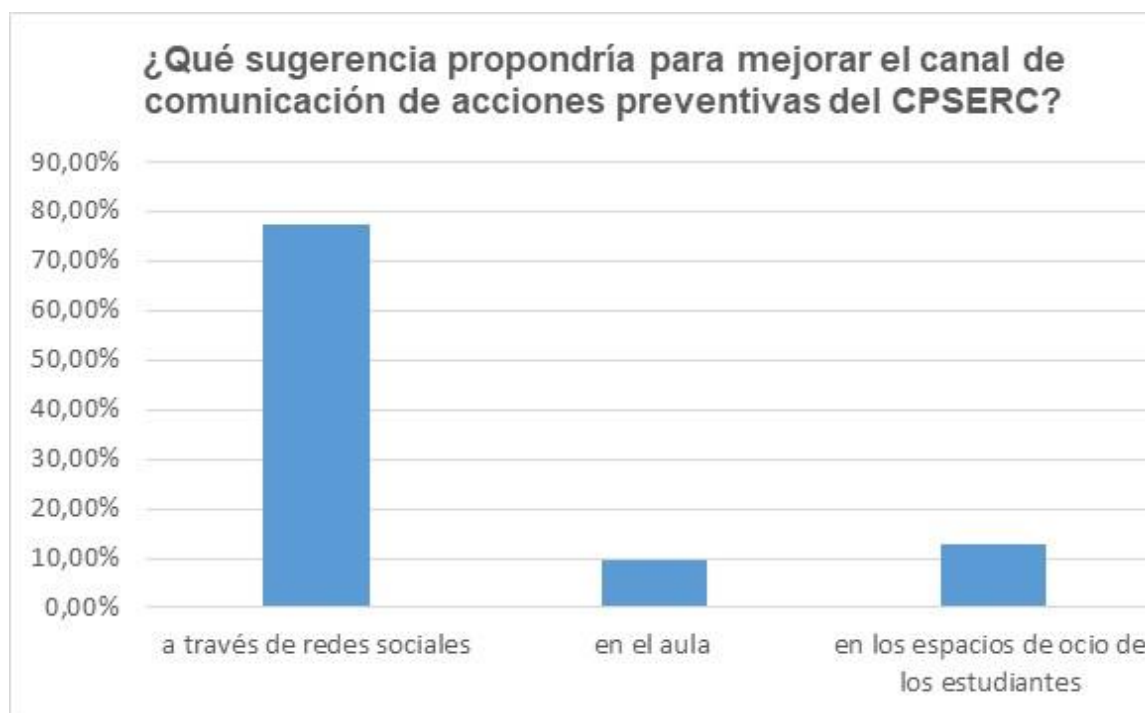
**Gráfico 22: Evaluación del diagnóstico recibido**



Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, se les consultó si los odontólogos del CPSERC realizaron campañas preventivas en la Universidad y el 88,71% respondió negativamente. Frente a la consulta por sugerencias que mejoren el canal de comunicación de acciones preventivas del CPSERC, el 77,42% apoya la idea de utilizar las redes sociales, el 9,68% usar el espacio del aula y el 12,9% ir por los espacios de ocio de los estudiantes.

**Gráfico 23: Propuesta de comunicación de acciones preventivas**

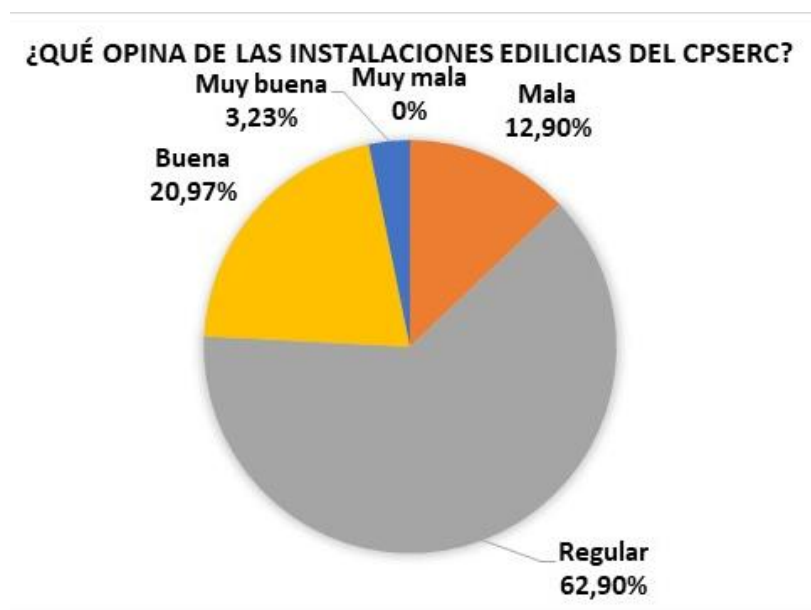


Fuente: Elaboración propia

En relación con las instalaciones edilicias, el 75,8% de los estudiantes considera como regulares (62,9%) o malas (12,9%), y sólo un poco más de un cuarto (24,2%) consideran que son buenas o muy buenas (3,23%).



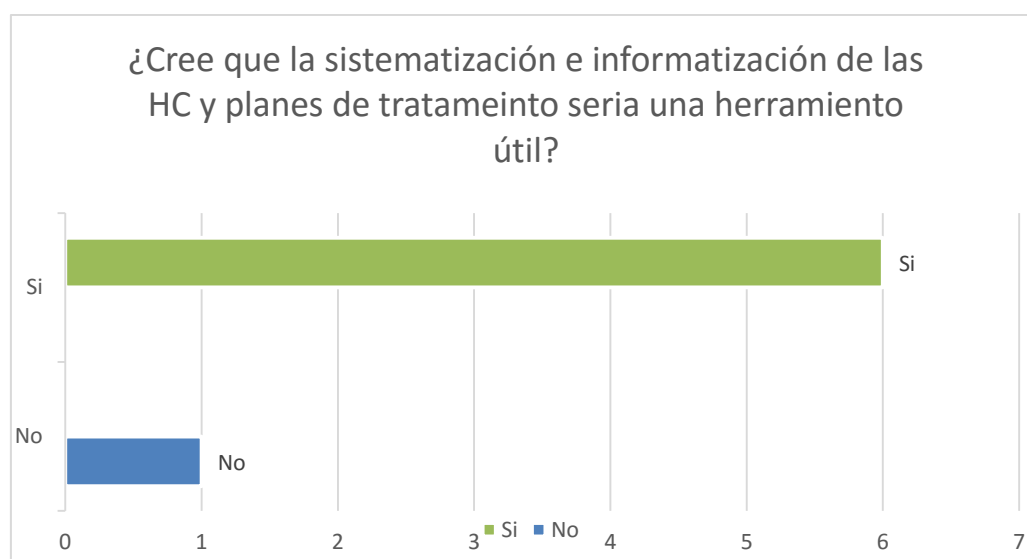
**Gráfico 24: Evaluación de las instalaciones edilicias**



Fuente: Elaboración propia

Los odontólogos consideran en su mayoría (6 de 8) que las instalaciones edilicias son adecuadas para asistir a la demanda de atención odontológica. En términos del equipamiento y personal, la mayoría de ellos percibe que se cuenta con los recursos técnicos (6 de 8) y humanos necesarios (7 de 8).

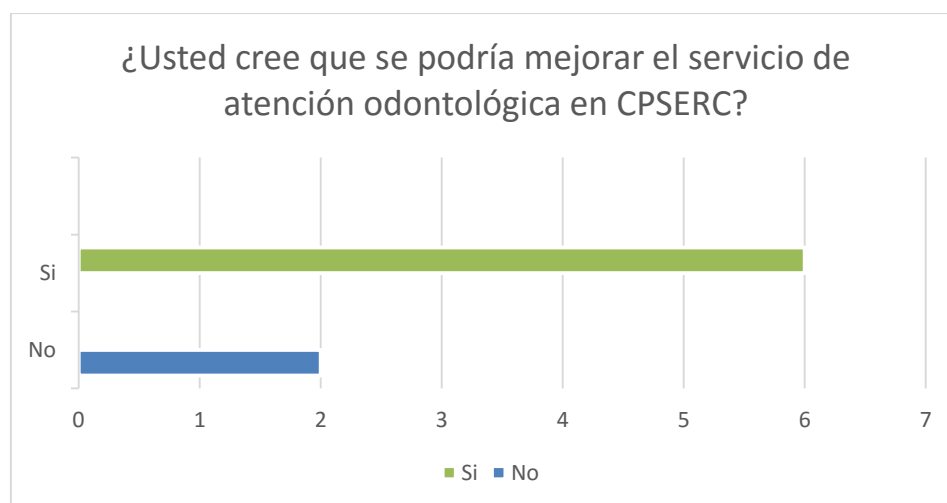
**Gráfico 25: Propuesta de sistematización de información**



Fuente: Elaboración propia

En relación con la gestión se encuentra un déficit en los modos de organizar y sistematizar la información del CPSERC. Y se les consultó si la sistematización e informatización de las *HC* y de los planes de tratamiento sería una herramienta útil y casi la totalidad respondió afirmativamente.

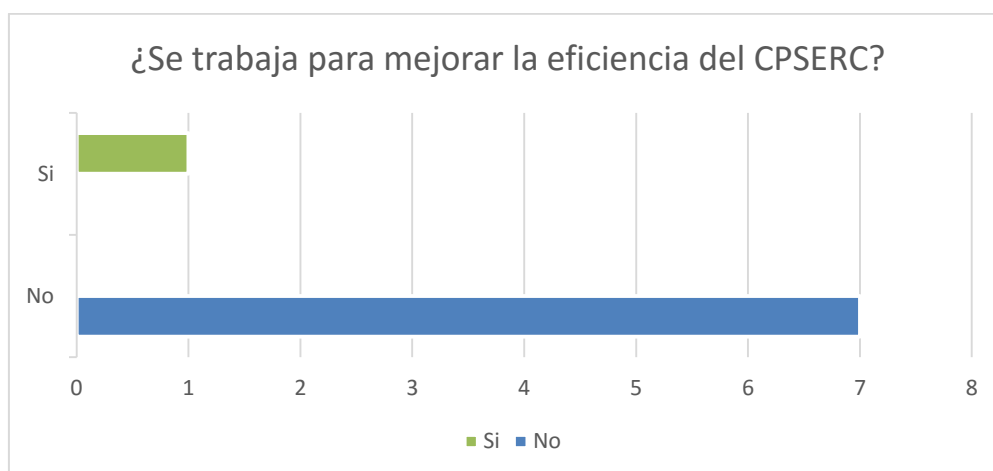
**Gráfico 26: Perspectiva de mejora del servicio odontológico del CPSERC**



Fuente: Elaboración propia

Para indagar en la evaluación propia que se realiza en el CPSERC se les consultó si se trabaja para mejorar su eficacia y se respondió de modo unánime negativamente. Aquí, consideran necesario incorporar asistentes dentales para mejorar la atención diaria del CPSERC.

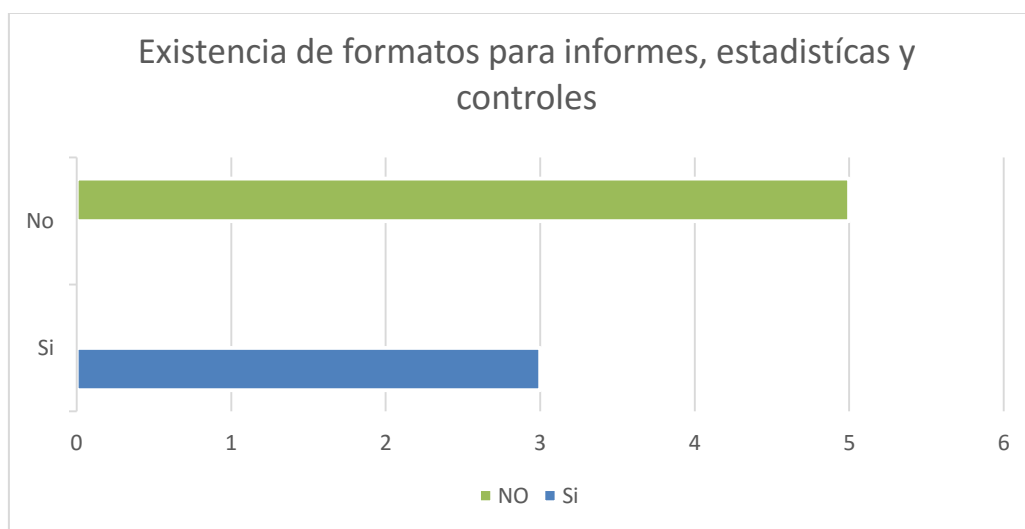
**Gráfico 27: Perspectiva de mejora de la eficiencia del CPSERC**



Fuente: Elaboración propia

Asimismo, todos los odontólogos consultados respondieron negativamente frente a la pregunta de si los planes o programas están respaldados por rutinas, tareas, informes y procedimientos ordinarios o de emergencias. Todos informan asimismo que no existen manuales de procedimientos. Y frente a la consulta de si existen formatos para informes, estadísticas y controles, la mayoría (5 de 8) respondió negativamente, y sólo 3 afirmaron que existían.

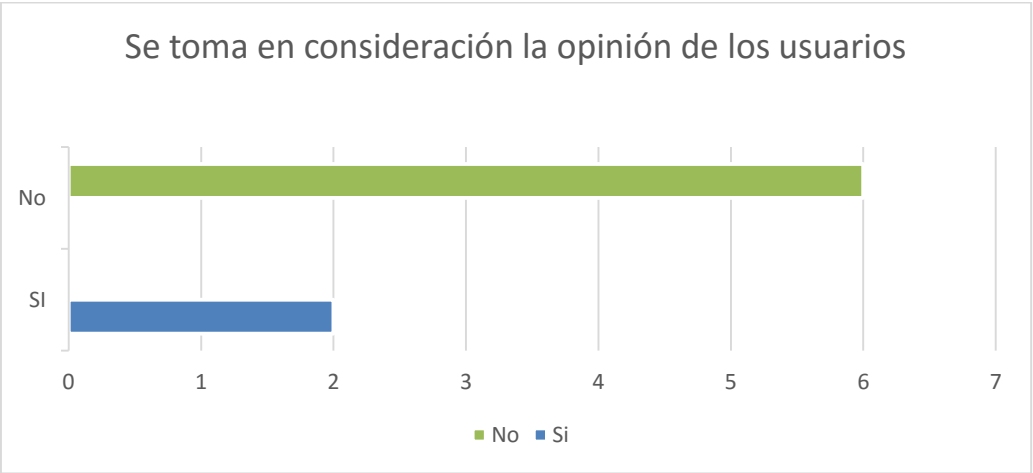
**Gráfico 28: Formatos para informes, estadísticas y controles**



Fuente: Elaboración propia

En términos organizacionales, los odontólogos manifiestan en su totalidad que el CPSERC funciona en base a normas y que posee una estructura verticalista, aunque afirman que el proceso de toma de decisiones si es vertical. 7 de los 8 odontólogos manifiestan que no participan en las decisiones del CPSERC, quien afirma que participa manifiesta que lo hace en “conjunto con el director”. También la mayoría (6 de 8) afirma que no son tomados en cuenta para comunicar las percepciones de los pacientes. Es decir, éstos últimos no son tomados como informantes relevantes a la hora de definir programas de acción.

**Gráfico 29: Apertura y recepción de la percepción de los usuarios del servicio odontológico**



Fuente: Elaboración propia

## Discusión

Con el objetivo de ayudar a la toma de mejores decisiones, se analizaron los programas de salud del CPSERC, con la metodología de investigación evaluativa. Con la misma se consideran: la pertinencia, los fundamentos teóricos y los efectos de una intervención, así como también las relaciones existentes entre la intervención y el contexto en el cuál se sitúa.

Dentro de esta investigación se realizó un análisis estratégico, que pone de manifiesto la existencia de la situación problemática, identificando el problema de salud elegido y priorizándolo sobre otros por su nivel de prevalencia y relevancia. Esto justificó escoger la intervención óptima posible. En este marco, se observa cómo el CPSERC se crea en el año 2011 bajo la órbita de la UNaF, dependiente de la Secretaría General de Asuntos Estudiantiles y Extensión Universitaria y no de una dependencia provincial de Salud. Pese a tener las mismas características de un Centro de Salud (Nivel “A”: 1er Nivel de Atención – Bajo Riesgo) no cumple con los protocolos que se aplican en Salud. Aquí es donde se observa el giro en los objetivos, abandonando el propósito preventivo debido al emergente de una situación problemática no prevista en el diseño del CPSERC.

La situación problemática en términos de salud y afecciones bucales en la población estudiada se enmarca por una mayoría amplia que afirma tener extracciones de piezas dentales de modo prematuro, percibir dolores de dientes, caries y sangrado de encías. Esta afirmación resalta el mal estado de la salud bucal de los estudiantes, y por ende de la salud general, ya que procesos vitales como la digestión, respiración, masticación, deglución, fonación, entre otros, comienzan en la cavidad oral. Además de las dificultades estéticas y de halitosis, que afectan la psiquis de los individuos en su vida y relaciones sociales. Estas afecciones vuelven significativa la intervención del servicio odontológico de manera imperiosa para la atención, y abre múltiples preguntas en torno de las estrategias posibles de campañas de prevención. Necesidad que se expresa también en la percepción de los odontólogos quienes mayoritariamente comprenden que los estudiantes se encuentran preocupadas por sus enfermedades bucales, y la mayoría de ellos no cuenta con cobertura de una obra social, aunque no se pudo acceder a una estadística específica sobre este aspecto.

En necesario incorporar a la situación problemática planteada las actitudes más

habituales de los estudiantes en torno de su salud bucal. Se destacan las respuestas de que el 83,87% respondió que se higieniza sus dientes cuando se levanta, que los conocimientos en higiene bucal han sido enseñados en un 82,26% por sus padres, un 83,87% tarda: un minuto en lavarse los dientes y el 90,32%: utiliza dentífrico. Los odontólogos además expresan la necesidad de poner en marchas campañas preventivas que los incluyan y de las que participen los estudiantes.

Para poder hacer un primer análisis del problema planteado por los odontólogos del CPSERC, se han analizado las HC del Servicio Odontológico del CPSERC (año 2016) reflejando lo que a continuación se detalla como las principales tendencias. Los alumnos en los que se detectaron mayores problemas (gran ausencia de piezas dentarias) son del interior de la Provincia. Además, desde la atención odontológica básica común a todas las localidades de donde provienen, solo se organizó un sistema de atención para emergencias (extracciones, etc.). Cabe aclarar que el sistema de salud en la provincia de Formosa se ocupa del tratamiento de Niveles de Complejidad Creciente y los jóvenes del interior deben trasladarse a distritos sanitarios de mayor complejidad para resolver sus problemas de salud bucal. Pese a que el 92% de la muestra de estudiantes recibió atención odontológica alguna vez y que el 8% nunca recibió atención odontológica en su lugar de residencia, se detectó que el 100% de los alumnos atendidos en el 2016 en el CPSERC presentaron afecciones bucales. Incluso se le ha detectado caries dentales a la totalidad, lo que indica dos necesidades prioritarias: por un lado, planificar y gestionar la atención para incrementar la atención odontológica y, por otro lado, activar políticas preventivas por parte del CPSERC, para disminuir así los problemas de salud bucal de los estudiantes.

**Gráfico 29: Ausencia o pérdida de piezas dentales**



Fuente: Elaboración propia

Debido a la gran demanda de atención odontológica por parte de los estudiantes, los odontólogos del CPSERC priorizaron la asistencia a la promoción de la salud bucal. Este giro, si bien tuvo consecuencias negativas en torno del desarrollo de campañas preventivas en salud bucal, se explica y se comprende como necesario para resolver las necesidades de la población sobre la que se ofrece el servicio de salud. A modo de ejemplo se detalla la información recabada por el Servicio de Odontología del CPSERC del año 2016.

**Tabla 2: Análisis de HC según tratamiento realizado**

Servicio de Odontología	Pacientes	%
Prácticas preventivas	51	2,42
Extracciones dentarias	83	3,93
Tratamiento de enfermedad periodontal	36	1,71
Tratamiento de caries dentales y sus complicaciones	1941	91,95
<b>Pacientes atendidos en el Servicio Odontológico</b>	<b>2111</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Elaboración propia

En términos de una investigación evaluativa se pudo detectar diferentes problemas desde los inicios del CPSERC hasta la fecha. Su diseño y planificación fueron gestados desde el ámbito educativo (UNaF) y no desde el sistema de salud. Las autoridades de la UNaF fijaron un propósito únicamente preventivo para el CPSERC, entendiendo que los casos que demandaran atención odontológica se debían derivar a los servicios de salud local. Este propósito en el tiempo no se cumplió, y fue mutando hasta convertirse en un centro de atención y no de prevención y promoción de la salud.

Por ello, en términos de una evaluación normativa, podemos dar cuenta que en relación con el objetivo de prevención los resultados no han sido favorables. En relación con la apreciación de los resultados, ni los estudiantes ni los odontólogos ven cumplidos este objetivo y no visibilizan los planes o cursos de acción para alcanzarlo. El 88,71% de los estudiantes, al ser consultados sobre si los odontólogos del CPSERC desarrollan campañas preventivas en la UNaF, responde negativamente. Tampoco son claros y visibles los recursos destinados a tales tareas preventivas en salud bucal, y se manifiesta que son escasos o inexistentes los procesos destinados a ello. Pensando en construir canales de comunicación para tener más impacto en futuras políticas preventivas del CPSERC, se indagó a los estudiantes acerca de cuál era la vía de comunicación que proponían. El 77,42% respondió: “a través de las redes sociales”.

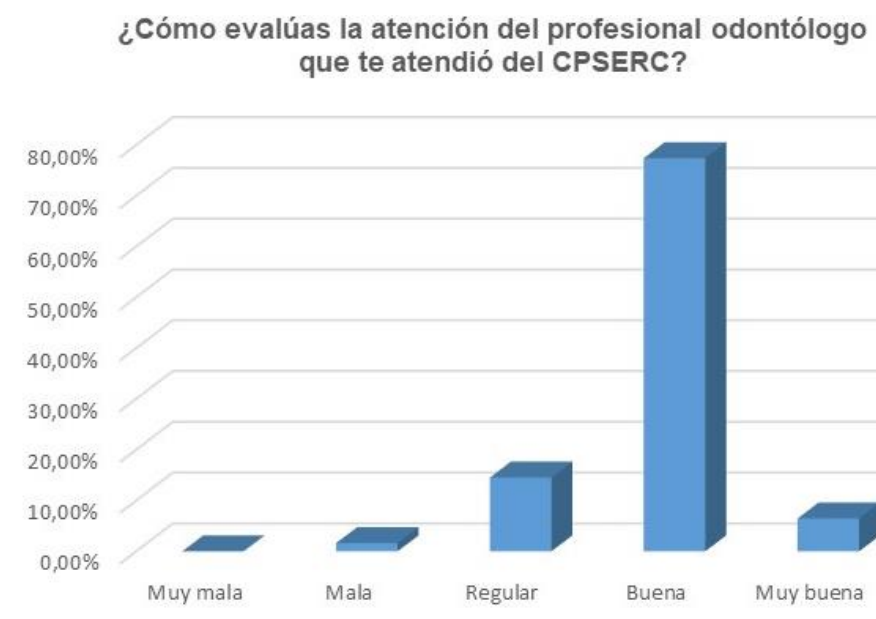
En términos del objetivo de atención, debido al contexto y la situación problemática de afecciones bucales generalizadas en la población relevada, la promoción de actividades preventivas quedó relegada a causa de la demanda de servicio odontológico de la comunidad universitaria de la UNaF.

En términos de los recursos humanos, éstos satisfacen en términos generales la demanda, y emerge allí por parte de los odontólogos la necesidad de incorporar a asistentes dentales. Los recursos edilicios son escasos tanto para la percepción de los odontólogos como de los estudiantes. Tal situación responde al giro de la prevención a la atención, por lo que el espacio edilicio no fue planificado para recibir toda la demanda de servicio odontológico. De acuerdo con los datos obtenidos con referencia a las instalaciones edilicias para la atención odontológica del CPSERC, tanto los odontólogos como los estudiantes coincidieron en que no resultaban adecuadas, proponiendo ampliaciones y refacciones de estas.



En relación con a los recursos técnicos, de instrumental e insumos no se percibe la urgencia de aumentarlos o cambiarlos. Pero sí se comprende la necesidad de revisar los suministros y los recursos técnicos en relación con la demanda, ya que resulta deficiente para cubrir la necesidad de atención odontológica, del mismo modo que la cantidad de equipamiento específico y de recursos humanos (asistentes dentales).

**Gráfico 30: Evaluación del profesional odontólogo que lo atendió**



Fuente: Elaboración propia

Para evaluar la eficiencia de la atención se tomaron diversas variables. Los resultados de la atención odontológicas son favorables ya que entienden mayoritariamente que el trato ha sido bueno (77,42%) o muy bueno (6,45%), en general resolvieron su problema (90%), los tiempos de espera para la atención han sido percibidos como adecuados, el diagnostico proporcionado y el tratamiento realizado fue entendido como bueno o muy bueno mayoritariamente. Y por último, mayoritariamente se percibe que le realizaron el seguimiento requerido a su tratamiento. Estas variables fueron las que nos permitieron analizar la eficiencia de la atención, siendo en general esta evaluación positiva. En este marco podemos considerar como satisfactoria la intervención del CPSERC en la demanda de atención y, por ello, satisfactorio el servicio en relación con el análisis de los efectos y el rendimiento de la intervención sanitaria.

Por ello, podemos concluir en esta evaluación normativa que existe un desfase entre la estructura del servicio odontológico del CPSERC y sus objetivos iniciales. La estructura siguió funcionando, desplazando las tareas preventivas y abordando prioritariamente la atención, aun con déficit en la estructura edilicia y en la planificación y gestión en salud. En términos de una investigación evaluativa sumamos además el análisis de la gestión, planificación, administración y sistematización de la información y su estructuración organizacional.

La *Micro gestión o gestión clínica* que comprende la toma de decisiones por parte de los profesionales involucrados en la atención directa a los pacientes resultó positiva a partir del análisis de la percepción de los estudiantes. No obstante, se detectaron problemas de gestión que se manifiestan en sus otros dos niveles: **Macro gestión y Meso gestión**. La *Macro gestión* comprende al nivel más alto de decisión, donde no se observa una coordinación entre los distintos organismos estatales pertinentes que posibilite llevar adelante una política sanitaria en relación con la prevalencia del problema odontológico de la población afectada.

Pero además se detectaron problema con la Meso gestión que refieren a la coordinación de los recursos del CPSERC para aproximar las decisiones de política sanitaria a la población afectada, y que gestiona la disponibilidad presupuestaria para las necesidades de la práctica clínica diaria, que debe motivar a los profesionales y asegurar un funcionamiento eficiente y efectivo de los recursos disponibles. En términos de *Meso gestión*, el modo de gobernanza del CPSERC presenta algunas deficiencias. Esto se ve claramente en las encuestas a los odontólogos donde se manifiesta una percepción negativa en relación con la sistematización de la información, la necesidad de activar procedimientos para mejorar la eficacia del CPSERC y de los procesos de toma de decisiones.

En relación con la interacción entre servicios y recursos podemos identificar que el CPSERC no cuenta con una planificación de gestión. Resultan inexistentes los programas, informes de procedimientos o los planes de emergencia. Consultados los odontólogos sobre si existen formatos para informes, estadísticos y controles, solo el 37,50% dijo que sí. Indagando estos datos, hemos detectado que los mismos fueron mal diseñados y son insuficientes para obtener información estratégica tendiente a mejorar la gestión del CPSERC. Las HC del CPSERC brindan una información escasa, razón por la cual muchos odontólogos no las consideran como un procedimiento fiable para la

obtención y sistematización de información. La sistematización de la información del CPSERC y su análisis para el desarrollo de una mejora continua en sus procesos presenta deficiencias y se sugiere la informatización de las Historia Clínicas y la sistematización de la información producida por sus procesos.

Hubo coincidencia en todos los odontólogos respecto de los modos de gobernanza (Báscolo, 2010) en la institución: el CPSERC se maneja en base a reglas burocráticas y cuenta con una jerarquía verticalista en la toma de decisiones, es decir, los odontólogos no participan en la toma de decisiones. Estas respuestas reflejan problemas relacionados con la gestión, donde no se visualiza una conducción que motive a los profesionales que tiene a su cargo y donde la coordinación no incluye un espacio de socialización compartida. Esto devuelve la dificultad en términos de comunicación entre los distintos niveles de coordinación. Es decir, no hay canales de comunicación establecidos entre los profesionales y el director instituidos organizacionalmente.

No se observa un conflicto entre los intereses de los actores y los objetivos de la institución, sino que se observa falta de motivación desde la dirigencia hacia los profesionales en relación con las prácticas preventivas. Tampoco la organización ofrece incentivos al buen desempeño o a la innovación y a la productividad de sus profesionales. Esto lleva a la situación que dentro de las reglas de juego sobre las que funciona cotidianamente el CPSERC no están instituidas las prácticas preventivas. Por ello, por el lado de los profesionales odontólogos, no están dadas las condiciones para que surja, se vuelva posible y sean recompensadas las prácticas preventivas. Sólo comprenden como su tarea diaria abocarse a la atención, y su espacio de intervención se reduce al consultorio. Por el lado de la dirigencia, ésta queda aislada al no existir canales de comunicación ni una guía clara sobre los procedimientos y procesos para llevar adelante el objetivo de prevención. Por lo tanto, la cultura organizacional sobre la que funciona el CPSERC explica también la ausencia de campañas y procedimientos de prevención, en tanto que no existen elementos que obliguen al cumplimiento explícito de los objetivos de prevención.

Además, se debe subrayar el desfajase en la orientación de los recursos hacia el objetivo de atención, sin diseñar y replanificar las estructuras organizacionales en función

de este cambio. Esto trajo como consecuencia específicamente un funcionamiento deficiente y una ineficaz utilización de los recursos disponibles para la promoción de la salud. En el marco de estas problemáticas señaladas y teniendo en cuenta que los modos de gobernanza no son creados para ser eficientes, sino moldeados por los intereses y valores de aquellos actores con mayor poder de influencia, se destaca la relación entre los odontólogos y los estudiantes como la posibilidad de construcción de un sistema más horizontal de Gobernanza.

## **Conclusiones y Recomendaciones**

Abordar la evaluación de los programas de atención y cuidado de la salud bucal en el CPSERC de la Universidad Nacional de Formosa, durante el período 2016, permitió aproximarse y conocer directamente su funcionamiento. Dicha aproximación se realizó con técnicas y métodos que permitieron sistematizar la información brindada, tanto por los usuarios (alumnos) del CPSERC, como por los profesionales que allí desempeñan su servicio.

Se inició el proceso investigativo analizando y describiendo los programas orientados para la atención y para la prevención de enfermedades bucales. Un factor estratégico en este primer análisis fue entender por qué se cambiaron los propósitos del CPSERC, ya que esta acción tuvo repercusiones en su funcionamiento diario. La primera observación concluyente es que no existe un programa rector para la atención y el cuidado de la salud bucal porque, como se dijo en la introducción de este trabajo, la finalidad del CPSERC quedó subsumida en la atención de la demanda de los alumnos, que traían un altísimo porcentaje de caries al ingresar en alguna de las carreras universitarias de la UNaF. Por tanto, una de las grandes dificultades encontradas es la disociación entre los fines con los que se creó el CPSERC y lo que sucede en la práctica cotidiana.

Este cambio en las funciones diarias del CPSERC, no establecidas formalmente, incidió de manera directa en sus programas para la atención y prevención de enfermedades bucales. Esto se refleja en los datos obtenidos de las variables estudiadas: estructura edilicia, equipamiento, recursos humanos, información estadística, manuales de procedimientos, gobernanza, entre otras.

Sin lugar a duda, al no contar con un programa rector explícito y diseñado para la atención y cuidado de la salud bucal, y al estar absorbido por la demanda asistencial, el CPSERC quedó atrapado en un problema de gestión y conducción evidenciado en la superposición de roles, la ausencia de dirección profesional, la falta de registros y sistematización de la información y el escaso involucramiento de los profesionales con la prevención de la salud bucal de los alumnos.

Pese a esta realidad, el trabajo de investigación identificó información muy positiva respecto a la eficacia de la atención recibida, el tratamiento realizado y cómo resolvieron el problema por el cual se acercaron los estudiantes al CPSERC, donde se

destaca la labor del odontólogo dentro de este contexto. Ciertamente el CPSERC cumple un rol estratégico al servicio de la atención de la salud bucal de los estudiantes de la UNaF, toda vez que cubre las demandas reales de atención odontológica.

Por lo tanto, aquello que se presenta como una debilidad, se puede transformar en una oportunidad, porque la salud bucal no solo se construye en un sillón odontológico, sino también y principalmente en la prevención. Esta debe ser la dimensión organizadora de la gestión para optimizarla, para planificar la acción, mejorar el registro en las HC, dotar de procesos informáticos los registros, proponer mejoras edilicias, trabajar con turnos programados, fortalecer la comunicación con los alumnos y realizar campañas preventivas.

En este punto es importante señalar que este cambio hacia el paradigma de la prevención en salud bucal en el CPSERC encuentra principalmente en el profesional odontólogo la variable de mayor incidencia. En coincidencia con el artículo escrito por el Dr. Spinelli Hugo (2010), denominado “Las dimensiones del campo de la salud en la Argentina”, se resalta que en “nuestros países, las estructuras mentales de los trabajadores influyen fuertemente sobre sus procesos de trabajo y a su vez estos determinan las formas organizativas, mientras que estas últimas influyen muy poco sobre las estructuras mentales de los trabajadores” (p. 284). Los procesos de trabajo se transformarían en la medida en que existieran cambios en las estructuras mentales, siendo este cambio de mayor impacto que, por ejemplo, la reforma de un organigrama.

Y en su párrafo final el Dr. Spinelli Hugo (2010) habla sobre el concepto de “Salirse de la Huella”, que tiene como propósito acercar discusiones y pensamientos para poder pensar/hacer otra salud. Esto es imposible de realizar sin la activa participación de los trabajadores de la salud y los conjuntos sociales destinatarios de esas prácticas. También merece ser señalada la carta de Ottawa (OMS, 1986), tanto por su importancia y trascendencia mundial, como porque presenta una estrecha vinculación con la propuesta sobre cuál debería ser la dimensión organizadora de la gestión en el CPSERC. En ella se identifican varias áreas de acción prioritaria que son las herramientas básicas para la promoción de la salud. Desde el CPSERC se deberían priorizar estratégicamente dos de ellas:

**Reforzamiento de la acción comunitaria:** se podría promover una acción conjunta entre el CPSERC y los centros de estudiantes, para establecer un programa de prevención en común, donde los estudiantes participen de manera integral (OMS, 1986). Máxime cuando un dato relevante identificado en el estudio dice que el 77,42% de los estudiantes proponen las redes sociales como medio de comunicación para la promoción de políticas preventivas.

**Desarrollo de las aptitudes personales:** la promoción de la salud a través del CPSERC en apoyo al desarrollo individual y colectivo, aportando información, educación para la salud y potenciando las habilidades para la vida. De este modo, aumentan las opciones disponibles para que los estudiantes ejerzan un mayor control sobre su propia salud y sobre sus ambientes, y para que realicen opciones que conduzcan al mejoramiento de la salud bucal.

Finalmente, haber realizado la indagación investigativa sobre las acciones implementadas por los odontólogos del CPSERC, permite concluir que en ellos mismos se encuentra el camino de mejora de la gestión. Nuevamente el Dr. Spinelli Hugo deja la pista a seguir: “No es posible realizar ese cambio únicamente desde acciones de gobierno o de gestión. Resulta necesario pensarlo y, sobre todo, realizarlo desde las singularidades que constituyen los espacios cotidianos donde el trabajo y el trabajador tienen un rol central, como también los usuarios” (Spinelli, 2010, p. 282).

Otro de los objetivos específicos planteados en el trabajo de investigación fue relevar y categorizar los conocimientos y actitudes sobre salud bucal de los estudiantes atendidos en el periodo 2016. La información recabada y sistematizada brinda al CPSERC la posibilidad de planificar nuevos programas de atención y prevención acorde con las necesidades de los estudiantes y en procura de la recuperación de su finalidad fundacional.

Los datos obtenidos detallan un panorama preocupante, si se los compara con otros estudios similares. Tal es el caso del estudio de Al – Ansari J, Honkala S. (2007) en Kuwait, y de Pérez E, Rivera B. (2007) en El Salvador. En ambos estudios se revela que los estudiantes analizados han presentado mayores conocimientos y actitudes sobre salud bucal que en nuestra investigación, evidenciando porcentajes mayores al 60 %. Por lo tanto, con este panorama, se requiere desarrollar una estrategia urgente para revertir dicha

situación. Para ello debe establecerse un modelo de intervención.

En el marco teórico se detalló el modelo de **“Enfoque por Factor de Riesgo”**, el cual es un esquema de promoción en salud bucal relacionado con la estrategia de prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles, agrupadas por factores de riesgo común, y vinculado con los estilos de vida. Éste fue desarrollado por el Programa de Salud Bucal de la Organización Mundial de la Salud (OMS; 2002)

Según dicho marco teórico, la existencia y uso de los sistemas de atención de salud aportan sólo una fracción en los resultados finales de salud bucal y calidad de vida de las personas, siempre que estos estén enfocados hacia la atención primaria y la prevención. Los factores socioculturales de la población, y los factores ambientales, tales como las condiciones de vida, educación, la exposición a fluoruros en el agua, tipo y disponibilidad de alimentos, tienen un peso importante en la calidad de vida, incluyendo la salud bucal. Se enfatiza, entonces, la necesidad de remarcar la importancia de conductas intermedias, modificables, como el consumo de azúcares, la práctica de higiene bucal, así como el tabaco y el consumo exagerado de alcohol.

Debido a la relevancia del problema, es necesario introducir intervenciones comunitarias apoyadas en APS y en campañas preventivas para la adopción de estilos de vida saludables con el objetivo de reducir tanto de la exposición como del riesgo. Consideramos que para reforzar el objetivo de reconstrucción del servicio odontológico del CPSERC como un espacio de promoción, prevención y cuidado de la salud para la comunidad universitaria se vuelve significativo diseñar planes de acción que redirijan la gestión y motiven, en su dinámica cotidiana, a los profesionales que allí trabajan. Para ello, y a partir de los resultados de la presente investigación, se sugiere la posibilidad de implementar los siguientes cambios:

En primer lugar, se sugiere la construcción de un sistema de gobernanza que tienda a la horizontalidad, y que se construya a partir del consenso de determinados valores donde se participe a los odontólogos. Esto posibilitaría la construcción de una estructura institucional y canales de comunicaciones donde se agilice la coordinación de las acciones de los profesionales, se identifique rápidamente las dificultades y donde los mecanismos de adaptación puedan proveer estrategias innovadoras en la resolución y eficiencia de los procesos. Para ello es necesario diseñar espacios de trabajo participativos donde se



puedan evacuar dudas y recabar nuevas ideas e información provista por los pacientes en busca de la mejora en la eficiencia y eficacia de la institución en su atención y para sus futuras campañas de prevención.

En segundo lugar, implementar la informatización de las HC y una sistematización de los registros y procesos llevados adelante por el servicio odontológico. Esto dará la posibilidad de diseñar una forma de evaluación y un sistema de monitoreo a partir de la información recaba por registros eficientes de los procesos llevados a cabo. También en este punto, podría impactar positivamente en los profesionales el desarrollo de un sistema de incentivos bajo el objetivo fundamental de la prevención y comités de evaluación entre pares y de capacitación laboral que ayude a la motivación y al trabajo en equipo.

En tercer lugar, resulta urgente planificar las actividades de prevención desde tres áreas. En principio, se sugiere incluir en la primera consulta de los pacientes un procedimiento preventivo donde se provea la información sobre higiene y salud bucal. Es necesario incluir la prevención dentro del consultorio odontológico como un espacio pedagógico donde se corrijan los hábitos poco saludables en la higiene bucal y alimentación. Respalda esta necesidad las respuestas encontradas al preguntarle a los estudiantes: si se cepilla la parte interna de los dientes, el 67,74% respondió que a veces y el 9,68% dijo que no. Se cepillan la lengua: el 67,74% dijo a veces y el 17,74% contestó que no. Utiliza hilo dental o limpiadores interdentales: el 48,39% dijo nunca, el 12,90% respondió que no y el 4,84% contestó a veces. Hacen enjuagues con flúor: el 22,58% respondió que no, el 64,52% a veces y el 4,84% contestó que nunca. Como mueve su cepillo de dientes: el 80,65% respondió frotando horizontalmente. En segundo lugar, realizar campañas de promoción del CPSERC y de la salud bucal en el espacio universitario, con información clave que pueda captar la atención de los estudiantes para recurrir al centro. Y, en tercer lugar, campañas preventivas, tanto gráficas como audiovisuales, que excedan el espacio institucional universitario. Será importante evaluar la posibilidad de realizar campañas de prevención que aporten información significativa y cursos de acción ante determinadas afecciones bucales a través de redes sociales que puedan alcanzar a una mayor proporción de la comunidad universitaria.

Por último, se sugiere coordinar actividades entre los profesionales del CPSERC y los profesores de la universidad a cargo de las ciencias de la salud con miras a enfocar la formación y la capacitación continua sobre la prevención, promoción y abordaje de APS

desde una mirada integral de los problemas complejos sobre los que se inscribe el campo de la salud y sobre la necesidad de integralidad e interseccionalidad que requieren sus soluciones. Se considera que este espacio puede ayudar a promover el perfeccionamiento profesional a partir de actividades de investigación-acción entre docentes, el personal del CPSERC, egresados y con la comunidad universitaria en general. Se considera necesario seguir investigando y promoviendo nuevas formas de comprender la salud que nos permitan ampliar los marcos de acción y que no se limiten a reproducir el paradigma hegemónico que forma profesionales de la salud dirigidos a atender la enfermedad-individuo y donde el problema de salud es centrado en el paciente y circunscripto a acciones curativas o de limitación del daño.

En este punto, es necesario y oportuno señalar que la pregunta de investigación definida al inicio del trabajo ha encontrado algunas respuestas que, si bien no son definitivas ni agotan la diversidad de dimensiones que se cruzan en el campo de la gestión de un Centro como lo es el CPSERC de la UNaF, nos permiten realizar algunas propuestas y sugerencias para retomar el camino fundacional del centro, basado en la promoción y prevención de la salud bucal de los estudiantes de la Universidad Nacional de Formosa, con la firme convicción de que ésta no se construye solamente en un sillón odontológico, sino que es desde allí y en apertura a los problemas complejos donde el campo de salud se inscribe.

Para finalizar este apartado de conclusiones, entre los límites encontrados en esta investigación se hayan las preguntas por la articulación entre las distintas áreas del CPSERC, y cómo se construye allí una perspectiva de integralidad de la promoción de la salud en general. Se hace allí la pregunta por el trabajo interdisciplinar e intersectorial necesario para un abordaje integral de los problemas de salud. Esta indagación marca una frontera a nuestra investigación debido a la delimitación del objeto de estudio sobre los programas de atención, promoción y prevención del servicio odontológico del CPSERC.

Al menos dos razones fundan este recorte. Por un lado, la singularidad de esta área privilegiada para la investigación radica en la subvaloración social con la que suele ser gestionada en términos de promoción, atención y prevención. Aquí se comprende que la salud bucal no suele ser priorizada frente a otras disciplinas y áreas de los sistemas de salud. Se suelen aportar diversas explicaciones no esgrimidas explícitamente para esto, como la supuesta no premura o urgencia por resolver los problemas de salud bucal frente

a otras patologías o bien las erogaciones económicas de los tratamientos necesarios para resolverlos. Por ello, se buscó destacar los problemas de salud bucal que enfrenta la comunidad universitaria y la ausencia de programas de prevención.

Por otro lado, se considera muy perniciosa esta consideración social de los servicios odontológicos, en tanto que los problemas de salud bucal impactan de múltiples maneras en la salud en general, en la calidad de vida, en el desarrollo laboral y en el cuidado personal. En futuras investigaciones se considera necesario y pertinente ampliar el marco y la perspectiva de indagación para incluir el funcionamiento del CPSERC como una totalidad y evaluar allí la atención interdisciplinar e intersectorial como un abordaje integral de la promoción de la salud.

## Bibliografía

- Al-Ansari, & Honkala. (2007). *Gender differences in oral health knowledge and behavior of the health science college students in Kuwait*. Kuwait.
- Báscolo, E. (2010). Gobernanza de las organizaciones de salud basado en atención primaria de salud. *Rev. Salud Pública*, 12 sup 8-27.
- Burriel, Faustino Cervera ; Urrea, Ramón Serrano; García, Cruz Vico; Tobarra, Marta Milla ; García Meseguer, María José;. (03 de 2013). *Hábitos alimentarios y evaluación nutricional en una población universitaria*. Recuperado el 20 de 06 de 2016, de scielo.isciii.es:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112013000200023](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000200023)
- Chiappe, Verónica; Gomez, Mariel; Gonzalez , Melania; Pettiti, Bettina; Romanelli, Hugo. (2000). *Organización Panamericana de la Salud. Estudio Epidemiológico Nacional Argentina*. Recuperado el 20 de 06 de 16, de  
[http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH\\_Arg\\_estudio\\_epidem2000.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH_Arg_estudio_epidem2000.pdf)
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. L., & Pineault, R. (1994). La evaluación en el área de salud - conceptos y métodos.
- Dever, A., Dever, G. E., & Francois , C. (1984). *Epidemiology in Health Services Management*.
- Espinoza Santander, I; Muñoz Poblete, C; Lara Molina, M; Uribe Cifuentes, JP. (2010). *Hábitos de Higiene Oral en Estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile*. Recuperado el 20 de 06 de 2016, de  
<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123530/Espinoza2010a.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Formosa, P. d. (2003). *Constitución de la Provincia de Formosa*. Recuperado el 20 de 06 de 2016, de  
<https://www.formosa.gob.ar/miprovincia/simbolosprovinciales/constitucion>
- González, M., & Rivas. (2006). Suplemento Ciencia y Salud. “Solo el 30% de los

- adolescentes se lava los dientes todos los días”. *Diario la Nación*, págs.  
<http://www.lanacion.com.ar/773726-solo-el-30-de-los-adolescentes-se-lava-los-dientes-todos-los-dias>.
- Spinelli, H. (09 de 2010). *Las dimensiones del campo de la salud en Argentina*.  
 Recuperado el 05 de 10 de 2017, de SciELO.org:  
[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-8265201000030000](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-8265201000030000)
- Liborio, Mónica M. (s.f.). *POR QUÉ HABLAR DE SALUD COLECTIVA?* Recuperado el 05 de 10 de 2017, de saludcolectiva-unr.com: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/Liborio.pdf>
- Ley N° 25.326. Boletín Oficial de la República Argentina, HCNA, 04 de octubre 2000.
- Ministerio de Salud, Chile. (2007). *PROGRAMA EDUCATIVO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL PARA NIÑOS Y NIÑAS PREESCOLARES*.  
 Recuperado el 20 de 06 de 16, de <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Programa-de-promocion-y-prevencion-en-salud-bucal-para-ninos-y-ninas-preescolares-2007.pdf>
- OMS. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la Salud*. Recuperado el 20 de 06 de 16, de Facultad de Medicina - UBA:  
<http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>
- OMS. (24 de 02 de 2004). *Informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales*. Recuperado el 20 de 06 de 2016, de [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/](http://www.who.int/es:http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/)
- OMS. (09 de 03 de 2004). *La OMS advierte de que las enfermedades bucodentales afectan cada vez más a los países más pobres*. Recuperado el 20 de 06 de 2016, de Intramed.net: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=28631>
- OMS. (2012). *Nota informativa N°318*. Recuperado el 20 de 03 de 16, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
- OMS. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado el 20 de

06 de 2016, de

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf;jsessionid=ED60ADE1ACCDE00D3E6F1C5B7AC3E5A0?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=ED60ADE1ACCDE00D3E6F1C5B7AC3E5A0?sequence=1)

OPS, & OMS. (2007). *Renovación de la atención primaria de l salud en las Americas.*

Recuperado el 20 de 06 de 2016, de [cursos.campusvirtualsp.org](http://cursos.campusvirtualsp.org):

[https://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/118/Modulo\\_I/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf](https://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/118/Modulo_I/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf)

Ouchi, W. G. (1980). *Markets, Bureaucracies, and Clans*. ASQ.

Peng, Y; Wu, R; Qu, W; Wu, W; Chen, J; Fang, J; Chen, Y. (2014). *Effect of visual method vs plaque disclosure in enhancing oral hygiene in adolescents and young adults: A single-blind randomized controlled trial*. Am J Orthod Dentofacial Orthop.

Pérez E, Rivera B. (2007). Conocimientos, Actitudes y Prácticas que posee la población universitaria de la UEES (El Salvador) en relación a la Salud Bucal. 14-22.

Rahman, B., & Al Kawas, S. (2013). The relationship between dental heath behavior, oral hygiene and gingival status of dental students in the United Arab Emirates. págs. 22-27.

Resolución N°1202 . (2011). Centro de Promoción de Salud Estudiantil Dr. Ramón Carrillo de la Universidad Nacional de Formosa. Formosa.

Resolución N° 1480. (2011). Ministerio de Salud de la Nación, Guía para Investigaciones con Seres Humanos.

Sánchez Rodríguez, S. H., López Martínez, L., Gracia Cortés, M. C., Hernández Rodríguez, A. W., Sánchez Sierra, E. M., & López Luna, M. A. (2013). *Archivos de medicina.com*. Recuperado el 20 de 06 de 2016, de <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/la-caries-gingivitis-periodontitis-y-la-maloclusin-siguen-siendo-las-afecciones-estomatologicas-ms-frecuentes-en-la-poblacin.pdf>

- Scott W, Ruef M, Mendel P, Caronna C. (2000). *Institutional change and healthcare organization: From professional dominance to managed care*. Chicago: University of Chicago Press.
- Souza Minayo, M. (2004). *El Desafío del Conocimiento. Investigación Cualitativa en Salud*. Buenos Aires.
- Tobar, F. (2002). *Modelos de Gestión en Salud*. Recuperado el 20 de 06 de 2016, de saludcolectiva-unr.com: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-138.pdf>
- Tobar, F. (2012). *Breve historia del sistema de salud argentino* . Recuperado el 16 de 03 de 2017, de salud.mendoza.gov.ar: <http://www.salud.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/16/2017/03/Modulo-2-Tobar-historia-SSA.pdf>

## **PLAN DE ANALISIS DE LA INFORMACION**

### **Introducción**

Cuando se inició el proceso de investigación, una de las falencias detectadas fue la falta de información y sistematización de los datos del CPSERC. El análisis de las HC fue el documento base para comenzar a organizar y planificar la información para este trabajo. Las mismas contaban solo con la siguiente información:

- Procedencia del estudiante
- Situación y evolución de su estado de salud bucal.

Fue necesario construir información que sirva como base para la toma de decisiones y planificación de las políticas del CPSERC, para poder iniciar este proceso, se realizaron varias entrevistas con odontólogos y estudiantes de la institución, que sirvieron para la planificación de los instrumentos utilizados.

Se realizaron varias pruebas con estos instrumentos, las cuales sirvieron para ajustar los cuestionarios, detallo algunas a modo de ejemplo:

Encuesta: cuando se inició el trabajo de campo, se le consultaba al estudiante donde vive (interior de provincia – Capital – Otros). Se tuvo que replantear esta pregunta ya que la mayoría de los estudiantes al ingresar a la universidad se mudan a la capital de Formosa, se tenía que indagar, además, sobre la situación y características del lugar donde vivía con su familia.

Se plantearon dos preguntas como solución:

1. Dónde y cómo vivía antes de ingresar a la universidad
2. Dónde y cómo vive hoy.

También en la primera versión de la encuesta no se les preguntaba la edad a los estudiantes, solo se tomaba el parámetro que sea menor de 30 años, esto también se cambió para obtener información más precisa del instrumento.



Como nuestro Objetivo General era: “Evaluar la implementación de los programas de atención y cuidado de salud bucal (prevención) en el CPSERC de la UNaF. para los estudiantes atendidos en el mismo, en el período 2016”. Se utilizó el procedimiento de investigación evaluativa, estableciendo un análisis estratégico de la intervención, tomado en cuenta:

- El análisis de la forma de como la situación problemática fue concebida.
- Prioridad de problema escogido en relación al conjunto de problemas identificados.
- La pertinencia de la intervención escogida en relación a todas las intervenciones posibles.

Una vez que se obtuvo la información, se procedió a armar la sistematización de la información (matrices) a través del programa de computadora “Excel” con el cual además pudimos desarrollar los gráficos de cada una de las preguntas realizadas.

### **Instrumentos y características utilizadas**

Se utilizaron como instrumentos de medición, cuestionarios a los estudiantes de la UNaF y a los profesionales del CPSERC, y análisis de fuentes secundarias (HC).

El tipo de preguntas planificadas es la siguiente:

- Preguntas cerradas:
  - Alternativa entre dos opciones
  - Alternativa entre más de dos opciones
- Preguntas abiertas:
  - Respuesta elaborada construida (se establecen algunas palabras claves por pregunta, a través de un código)

Se detalla a continuación el plan de análisis de datos de las encuestas:

### **Cuestionario estudiantes**

<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>PLAN DE TABULACION</b>
<p>Describir y Analizar los programas orientados para la atención y para la prevención de enfermedades bucales</p>	<p>Dificultades en los programas orientados para la atención y para la prevención de enfermedades bucales</p>	<p>Evaluación de los programas orientados para la atención de enfermedades bucales</p>	<p>¿Cómo evalúa el trato de atención del profesional que lo atendió?</p> <p><b>1.Muy mala</b>  <b>2. Mala</b>  <b>3. Regular</b>  <b>4. Buena</b>  <b>5 Muy buena</b></p> <p>¿Cómo evalúa la eficacia de la atención?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Según tiempo de espera para su atención <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No tuvo espera</li> <li>○ Regular</li> <li>○ Larga</li> </ul> </li> <li>- Según tratamiento realizado</li> </ul> <p><b>1.Muy mala</b>  <b>2. Mala</b>  <b>3. Regular</b>  <b>4. Buena</b>  <b>5 Muy buena</b></p> <p>¿Cómo fue la información recibida? (explicación del diagnóstico – tratamiento realizado)</p> <p><b>1.Muy mala</b>  <b>2. Mala</b>  <b>3. Regular</b>  <b>4. Buena</b>  <b>5 Muy buena</b></p> <p>¿Resolvieron su problema?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si</li> </ul>

			<p>- No</p> <p>¿Luego de la atención le hicieron seguimiento en base al problema por el que consulto?</p> <p>- Si</p> <p>- No</p> <p>¿Qué opina de las instalaciones edilicias del CPSERC?</p> <p><b>1.Muy mala</b></p> <p><b>2. Mala</b></p> <p><b>3. Regular</b></p> <p><b>4. Buena</b></p> <p><b>5 Muy buena.</b></p> <p><b><u>Observaciones:</u> las instalaciones edilicias presentan dificultades de espacio y problemas estructurales</b></p>
<p>Describir y Analizar los programas orientados para la atención y para la prevención de enfermedades bucales</p>	<p>Dificultades en los programas orientados para la atención y para la prevención de enfermedades bucales</p>	<p>Evaluación de los programas orientados para la prevención de enfermedades bucales</p>	<p>¿Los odontólogos del CPSERC desarrollan campañas preventivas, en la Universidad?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul> <p>Si, contesto si ¿Detalle cuáles?</p> <p>¿Qué sugerencia propondría para mejorar el canal de comunicación de acciones preventivas del CPSERC?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a través de redes sociales</li> <li>- en el aula</li> <li>- en los espacios de ocio de los estudiantes</li> </ul>
<p>Relevar y categorizar los conocimientos</p>	<p>Como afecta su perfil socio económico</p>	<p>Perfil socioeconómico (categorías)</p>	<p>Edad:</p> <p>Sexo:</p> <p>Antes de ingresar a la universidad en qué localidad vivía</p>

os y actitudes sobre salud bucal	en sus conocimient os y actitudes sobre salud bucal		<p>a. Capital de Formosa</p> <p>b. Interior de la Provincia</p> <p>c. Otros</p> <p>Si, contesto Interior de la Provincia</p> <p>Esa localidad del Interior es</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urbana</li> <li>• Rural</li> </ul> <p>Hoy vive en Formosa Capital</p> <p>a. Si</p> <p>b. No</p> <p>En qué contexto vive</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alquila</li> <li>• Vive en una pen- sión</li> <li>• Vive con un fami- liar</li> <li>• Tiene una casa pro- pia</li> </ul> <p>La vivienda donde viven sus padres es</p> <p>a. Casa</p> <p>b. Departamento</p> <p>c. Casilla</p> <p>d. Rancho</p> <p>e. Otros</p> <p>Con respecto a la vivienda donde viven sus padres es</p> <p>a. Propia</p> <p>b. Alquilada</p> <p>c. Prestada</p> <p>d. Ocupada</p> <p>Características de la vivienda de sus</p>
----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>padres</p> <p>a. ¿Cuál es el material predominante del piso?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cerámica</li> <li>• Baldosa</li> <li>• Alfombra</li> <li>• Cemento</li> <li>• Tierra</li> </ul> <p>b. ¿Cuál es el material predominante del techo?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Losa</li> <li>• Chapa con cielo raso</li> <li>• Chapa sin cielo raso</li> <li>• Chapa de cartón</li> </ul> <p>c. ¿Tiene agua?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la vivienda</li> <li>• Fuera de vivienda</li> </ul> <p>d. ¿El agua que usa? Proviene de</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Red publica</li> <li>• Perforación con motor</li> <li>• Perforación manual</li> <li>• Pozo</li> </ul> <p>e. ¿Tiene?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baño</li> <li>• Letrina</li> </ul> <p>f. ¿Para cocinar utiliza?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gas por red domiciliaria</li> <li>• Tubo de gas</li> <li>• Leña</li> </ul>
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>g. ¿Cantidad de habitaciones tiene la vivienda que no sean cocina y el baño?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• .....</li> </ul> <p>h. ¿Tiene?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teléfono (línea fija)</li> <li>• Celular</li> <li>• Ambos</li> </ul> <p>En los últimos 3 meses las personas de este hogar han vivido</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ...de lo que ganan en el trabajo? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si</li> <li>○ No</li> </ul> </li> <li>- ...de alguna jubilación o pensión? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si</li> <li>○ No</li> </ul> </li> <li>- ...de indemnización de despido? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si</li> <li>○ No</li> </ul> </li> <li>- ...de seguro de desempleo? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si</li> <li>○ No</li> </ul> </li> <li>- ...de ayuda social (¿dinero de la iglesia, gobierno, etc.?) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si</li> <li>○ No</li> </ul> </li> <li>- ...con mercaderías, ropa, alimentos de familiares,</li> </ul>
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>vecinos u otras personas que no viven en ese hogar?</p> <p>○ Si</p> <p>○ No</p> <p>- ...ganancias de un negocio en el que no trabajan?</p> <p>○ Si</p> <p>○ No</p> <p>- ...una beca de estudios?</p> <p>○ Si</p> <p>○ No</p> <p>- ...cuotas de alimentos de personas que no viven en ese hogar?</p> <p>○ Si</p> <p>○ No</p> <p>-</p> <p>¿Padece de alguna enfermedad?</p> <p>a. Si</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál?.....</li> <li>.....</li> </ul> <p>b. No</p> <p>¿Usted Fuma?</p> <p>a. Si</p> <p>b. No</p> <p>¿Tiene Diabetes?</p> <p>a. Si</p> <p>b. No</p> <p><b><u>Observaciones:</u> se trabajó con las preguntas de Encuesta Permanente de Hogares (EPH), análisis socioeconómico (INDEC 2010)</b></p>
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Relevar y categorizar los conocimientos y actitudes sobre salud bucal</p>	<p>Deficientes actitudes sobre salud bucal</p>	<p>Actitudes sobre salud bucal</p>	<p>¿Con qué frecuencia te higienizas los dientes?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. cuando te levantas</li> <li>b. antes de acostarte</li> <li>c. después de cada comida</li> <li>d. de vez en cuando</li> <li>e. nunca</li> </ul> <p>¿Quién te ha enseñado a higienizarte los dientes?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. tus padres</li> <li>b. en la escuela</li> <li>c. la televisión</li> <li>d. Odontólogo</li> <li>e. nadie</li> <li>f. otros</li> </ul> <p>¿Por qué te higienizas los dientes?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. por obligación</li> <li>b. por higiene</li> <li>c. otros</li> </ul> <p>¿Cuánto tiempo empleas en higienizarte la cavidad bucal?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. 1 minuto</li> <li>b. 3 minutos</li> <li>c. 5 minutos o mas</li> <li>d. No sabe, no contesta</li> </ul> <p>¿Utilizas dentífrico u otros?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Si</li> <li>b. No</li> <li>c. A veces</li> </ul> <p>¿Te cepillas la parte interna de los dientes?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Si</li> <li>b. No</li> </ul>
------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



			<p>c. A veces</p> <p>d. nunca</p> <p>¿Té cepillas la lengua?</p> <p>a. Si</p> <p>b. No</p> <p>c. A veces</p> <p>d. nunca</p> <p>¿Utilizas hilo dental o limpiadores interdenciales?</p> <p>a. Si</p> <p>b. No</p> <p>c. A veces</p> <p>d. nunca</p> <p>¿Haces enjuagues con flúor?</p> <p>a. Si</p> <p>b. No</p> <p>c. A veces</p> <p>d. nunca</p> <p>¿Cómo mueves el cepillo de dientes?</p> <p>a. frotando horizontalmente</p> <p>b. en vertical</p> <p>c. de las dos formas</p> <p>d. al azar</p> <p>e. no sabe/ no contesta</p>
Relevar y categorizar los conocimientos y actitudes sobre salud bucal	Deficientes conocimientos sobre salud bucal.	Conocimientos sobre salud bucal	<p>¿Con qué frecuencia visitas al odontólogo?</p> <p>a. Cada 6 meses</p> <p>b. 1 vez al año</p> <p>c. Cada 2 años o más</p> <p>d. nunca</p> <p>e. sólo si tengo algún problema</p> <p>¿Tenés un cepillo de dientes para vos</p>

			<p>solo?</p> <p>a. sí</p> <p>b. no</p> <p>¿Con qué frecuencia cambias tu cepillo de dientes?</p> <p>a. cada tres meses</p> <p>b. cada seis meses</p> <p>c. cada año</p> <p>d. cuando se rompe</p> <p>e. no sabe/ no contesta</p> <p>¿Te animan tus padres a higienizarte los dientes?</p> <p>a. sí</p> <p>b. no</p> <p>c. a veces</p> <p>¿Qué cantidad de veces al día consumís golosinas u otros alimentos o bebidas azucaradas?</p> <p>a. 5 o más</p> <p>b. menos de 5</p> <p>c. ninguna</p>
Relevar y categorizar los conocimientos y actitudes sobre salud bucal	Influye la percepción del estado de salud bucal en sus conocimientos y actitudes	Percepción del estado de salud bucal	<p>¿Tienes dolor en los dientes?</p> <p>a. con frecuencia</p> <p>b. alguna vez</p> <p>c. nunca</p> <p>¿Tienes caries?</p> <p>a. sí</p> <p>b. no</p> <p>c. no lo sé</p> <p>¿Te ha extraído el odontólogo alguna pieza dental?</p> <p>a. sí</p> <p>b. no</p>

			<p>c. no lo sé</p> <p>¿Usas aparatos de ortodoncia u ortopedia?</p> <p>a. sí</p> <p>b. no</p> <p>c. ¿Cuánto tiempo?.....</p> <p>¿Tenes mal aliento bucal?</p> <p>a. Si</p> <p>b. No</p> <p>c. A veces</p> <p>¿Te sangran las encías?</p> <p>f. Si, al cepillarte</p> <p>g. Si, Espontáneamente</p> <p>h. No</p> <p>¿Estás satisfecho con tu sonrisa?</p> <p>a. mucho</p> <p>d. regular</p> <p>e. poco</p> <p>f. nada</p> <p>g. no sabe/ no contesta</p>
Evaluar las acciones implementadas por los odontólogos en el programa de atención bucal	Como influye la atención de los odontólogos en la salud bucal del estudiante	Precepción del estudiante sobre la atención de los profesionales del CPSERC	<p>¿Cómo evalúas la atención del profesional odontólogo que te atendió del CPSERC?</p> <p>a. Muy buena</p> <p>b. Buena</p> <p>c. Regular</p> <p>d. Mala</p> <p>e. Muy mala</p>

### Cuestionario odontólogos

Objetivos	Hipótesis	Variable	Pregunta
<p>Describir y Analizar los programas orientados para la atención y para la prevención de enfermedades bucales</p>	<p>Déficit en la estructura, equipamiento, procesos, Gobernanza e información para la ejecución de los programas orientados para la atención y para la prevención de enfermedades bucales</p>	Estructura edilicia	<p>¿El CPSERC cuenta con las instalaciones edilicias adecuadas para asistir a la demanda de atención odontológica?</p> <p>a. Si b. No</p> <p>Si, contesto No, que modificaciones sugiere para las instalaciones</p>
		Equipamiento	<p>¿El CPSERC cuenta con el equipamiento necesario para asistir a la demanda de atención odontológica?</p> <p>a. Si b. No</p> <p>Si, contesto No, sugiera cual seria</p>
		Cantidad de recursos humanos	<p>¿El CPSERC cuenta con los recursos humanos (odontólogos y asistentes) necesarios para asistir a la demanda de atención odontológica?</p> <p>¿Cree que la sistematización e informatización de las HC y planes de tratamientos, sería una herramienta útil?</p>
		Informatización	<p>¿Los planes o programas están</p>
		Funcionamiento de planes y programas en situación de emergencia	
		Información formatos estadísticos y sus controles	

		Se busca ser eficiente	respaldados por tareas, rutinas, informes y procedimientos ordinarios o de emergencia?
		Manuales de procedimientos	<p>¿Existen formatos para informes, estadísticas y controles?</p> <p>a. Si</p> <p>b. No</p> <p>Si contestó <b>Si</b>, ¿se usan correctamente?</p>
		Sugerencias para mejorar la atención	¿Se trabaja para mejorar la eficiencia del CPSERC?
		Gobernanza	<p>¿Se desarrollan nuevos manuales de procedimientos?</p> <p>¿Qué sugerencia aportaría para mejorar la atención diaria del CPSERC?</p> <p>¿Si ud. tuviera que decirme cómo funciona el CPSERC?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Se basa en reglas y normas?</li> <li>• ¿Tiene una jerarquía?</li> <li>• ¿Cómo es?</li> <li>• ¿Le parece verticalista la toma de decisiones?</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Los profesionales participan en el CPSERC en qué?</li> <li>• ¿Cómo?</li> <li>• ¿Por qué?</li> <li>• ¿Para definir los programas de acción consideran la opinión de los usuarios, se les consulta?</li> <li>• ¿Con que frecuencia?</li> <li>• ¿O cuándo?</li> </ul>
Relevar y categorizar los conocimientos y actitudes sobre salud bucal	Los conocimientos y actitudes sobre salud bucal se deben a varios factores	Visión del odontólogo respecto a los problemas de salud bucal de los estudiantes	<p>Cree usted que los problemas de Salud Bucal de los estudiantes de 1er y 2do año que concurren con frecuencia a su servicio, se deben mayormente a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Situación económica personal</li> <li>Falta de conocimientos sobre Salud Bucal</li> <li>Desinterés en su autocuidado</li> <li>Otros:</li> </ol>
Relevar y categorizar los conocimientos y actitudes sobre salud bucal	Los conocimientos y actitudes sobre salud bucal se deben a varios factores	Visión del odontólogo respecto al interés del estudiante respecto a su salud bucal	<p>Los estudiantes que atiende, considera ud, que:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Están preocupados por sus enfermedades bucales</li> <li>No les preocupan</li> <li>Entienden de qué manera les afectara en su imagen</li> </ol>

			personal y desarrollo profesional futuro d. Otros
Describir y Analizar los programas orientados para la atención y para la prevención de enfermedades bucales	Los programas orientados para la atención y para la prevención de enfermedades bucales podrían mejorar	Programas orientados para la atención de enfermedades bucales	¿Usted cree que se podría mejorar el servicio de atención odontológica en el CPSERC? a. Si b. No Si contesto No, pasar a la pregunta siguiente ¿De qué manera cree que se puede mejorar?
Describir y Analizar los programas orientados para la atención y para la prevención de enfermedades bucales	Los programas orientados para la atención y para la prevención de enfermedades bucales podrían mejorar	Programas orientados para la prevención de enfermedades bucales	Basado en su relación con los estudiantes: ¿Cree posible la planificación de políticas preventivas de Salud Bucal con participación de los mismos? a. Si b. No Si contesto Si, de qué manera:

### **Modelos finales de los cuestionarios**

<b>pre-gunta</b>	<b>Encuesta</b>	<b>Escala</b>	<b>Detalle</b>
<b>1</b>	¿El CPSERC cuenta con las instalaciones edilicias adecuadas para	1	Si
		2	No

	asistir a la demanda de atención odontológica?		
<b>2</b>	<b>Si, contesto No, que modificaciones sugiere para las instalaciones</b>		
<b>3</b>	¿El CPSERC cuenta con el equipamiento necesario para asistir a la demanda de atención odontológica?	1	Si
		2	No

<b>4</b>	<b>Si, contesto No, sugiera cuál sería</b>		
<b>5</b>	¿El CPSERC cuenta con los recursos humanos (odontólogos y asistentes) necesarios para asistir a la demanda de atención odontológica?	1	Si
		2	No
<b>6</b>	<b>Si, contesto No, detalle cuantas personas harían falta</b>		
<b>7</b>	¿Cree que la sistematización e informatización de las HC y planes de tratamiento, sería una herramienta útil?	1	Si
		2	No
<b>8</b>	¿Los planes o programas están respaldados por tareas, rutinas, informes y procedimientos ordinarios o de emergencia?	1	Si
		2	No
<b>9</b>	<b>Si, contesto Si, detalle cuales son</b>		
<b>10</b>	¿Existen formatos para informes, estadísticas y controles?	1	Si
		2	No
<b>11</b>	<b>Si contestó Si, ¿se usan correctamente?</b>		
<b>12</b>	¿Se trabaja para mejorar la eficiencia del CPSERC?	1	Si
		2	No
<b>13</b>	<b>Si contestó Si, ¿detalle de qué manera?</b>		
<b>14</b>	¿El CPSERC cuenta con manuales de procedimientos?	1	Si
		2	No
<b>15</b>	<b>Si contestó No, ¿Cree que podrían ser útil, detalle por qué?</b>		
<b>16</b>	<b>¿Qué sugerencia aportaría para mejorar la atención diaria del CPSERC?</b>		



	¿Si Ud., tuviera que decirme cómo funciona el CPSERC?		
17	¿Se basa en :?	1	Normas
		2	Reglas
18	¿Tiene una jerarquía?	1	Si
		2	No
19	Si contestó Si, ¿De qué tipo?		
20	¿Le parece verticalista la toma de decisiones?	1	Si
		2	No
21	¿Los profesionales participan en las decisiones que se toman dentro CPSERC?	1	Si
		2	No
22	Si contestó Si, ¿De qué manera?		
23	¿Para definir los programas de acción consideran la opinión de los usuarios, se les consulta?	1	Si
		2	No

24	Si contestó Si, ¿De qué manera?		
25	¿Con que frecuencia?	1	Diariamente
		2	semanalmente
		3	Mensualmente
		4	Anualmente
26	Cree usted que los problemas de Salud Bucal de los estudiantes de 1er y 2do año que concurren con frecuencia a su servicio, se deben mayormente a:	1	Situación económica personal
		2	Falta de conocimientos sobre Salud Bucal
		3	Desinterés en su autocuidado
		4	Otros
27	Los estudiantes que atiende, considera ud, que:	1	Están preocupados por sus enfermedades bucales
		2	No les preocupa

		3	Entienden de qué manera les afectará en su imagen personal y desarrollo profesional futuro
		4	Otros
28	¿Usted cree que se podría mejorar el servicio de atención odontológica en el CPSERC?	1	Si
		2	No
29	Si contestó Si, ¿De qué manera?		
30	Basado en su relación con los estudiantes: ¿Cree posible la planificación de políticas preventivas de Salud Bucal con participación de los mismos?	1	Si
		2	No
31	Si contestó Si, ¿De qué manera?		

#### Encuesta

Preguntas	Tabulación	Escala	Detalle
1	¿Cómo evalúa el trato de atención del profesional que lo atendió?	1	Muy mala
		2	Mala
		3	Regular

		4	Buena
		5	Muy buena
	¿Cómo evalúa la eficacia de la atención?		
2	Según tiempo de espera para su atención	1	No estuvo espera
		2	Regular
		3	Larga
3	Según tratamiento realizado	1	Muy mala
		2	Mala

		3	Regular
		62	Buena
		5	Muy buena
4	¿Cómo fue la información recibida? (explicación del diagnóstico – tratamiento realizado)	1	Muy mala
		2	Mala
		3	Regular
		4	Buena
		5	Muy buena
5	¿Resolvieron su problema?	1	Si
		2	No
6	¿Luego de la atención le hicieron seguimiento en base al problema por el que consulto?	1	Si
		2	No
7	¿Qué opina de las instalaciones edilicias del CPSERC?	1	Muy mala
		2	Mala
		3	Regular
		4	Buena
		5	Muy buena
8	¿Los odontólogos del CPSERC desarrollan campañas preventivas, en la Universidad?	1	Si
		2	No
9	Si, contesto si ¿Detalle cuáles?		
10	¿Qué sugerencia propondría para mejorar el canal de comunicación de acciones preventivas del CPSERC?	1	A través de redes sociales
		2	En el aula
		3	En los espacios de ocio de los estudiantes
11	Edad	1	Si
12	Sexo	1	Masculino
		2	Femenino
13	<b>Antes de ingresar a la universidad en qué localidad vivía</b>		

		1	Capital de Formosa
	Localidad en que vivía	2	Interior de la Provincia
		3	Otros
	Esa localidad es:	1	Urbana
		2	Rural
	Hoy vive en Formosa Capital	1	Si
		2	No
	En qué contexto vive:	1	Alquila
		2	Vive en pensión
		3	Vive con un familiar
		4	Tiene casa propia
	La vivienda donde viven sus padres es:	1	Casa
		2	Departamento
		3	Casilla
		4	Rancho
		5	otros
	Con respecto a la vivienda donde viven sus padres es:	1	Propia
		2	Alquilada
		3	Prestada
		4	Ocupada
14	<b>Características de la vivienda de sus padres</b>		
	a. ¿Cuál es el material predominante del piso?	1	Cerámica
		2	Baldosa
		3	Alfombra
		4	Cemento
		5	Tierra

		1	Losa
--	--	---	------

	b. ¿Cuál es el material predominante del techo?	2	Chapa con cielo raso
		3	Chapa sin cielo raso
		4	Chapa de cartón
	c. ¿Tiene agua?	1	Dentro de la vivienda
		2	Fuera de la vivienda
	d. ¿El agua que usa? Proviene de	1	Red pública
		2	Perforación con motor
		3	Perforación manual
		4	Pozo
	e. ¿Tiene?	1	Baño
		2	Letrina
	f. ¿Para cocinar utiliza?	1	Gas por red domiciliaria
		2	Tubo de gas
		3	Leña
	g. ¿Cantidad de habitaciones tiene la vivienda que no sean cocina y el baño?		
	h. ¿Tiene?	1	Teléfono (línea fija)
		2	Celular
		3	Ambos
15	En los últimos 3 meses las personas de este hogar han vivido		
	- de lo que ganan en el trabajo?	1	Si
	- de alguna jubilación o pensión?	1	Si
	- de indemnización de despido?	1	Si
	- de seguro de desempleo?	1	Si

	- de ayuda social (¿dinero de la iglesia, gobierno, etc.?)	1	Si
	- con mercaderías, ropa, alimentos de familiares, vecinos u otras personas que no viven en ese hogar?	1	Si
	- ganancias de un negocio en el que no trabajan?	1	Si
	- una beca de estudios?	1	Si
	- cuotas de alimentos de personas que no viven en ese hogar?	1	Si
16	¿Padece de alguna enfermedad?	1	Si
		2	No
17	¿Usted fuma?	1	Si
		2	No
18	¿Tiene Diabetes?	1	Si
		2	No
19	¿Con qué frecuencia te higienizas los dientes?	1	Cuando te levantas
		2	Antes de acostarte
		3	Después de cada comida
		4	De vez en cuando
		5	Nunca
20	¿Quién te ha enseñado a higienizarte los dientes?	1	Tus padres
		2	En la escuela
		3	La televisión
		4	Odontólogo
		5	Nadie
		6	Otros
21	¿Por qué te higienizas los dientes?	1	Por obligación
		2	Por higiene

		3	Otros
22	¿Cuánto tiempo empleas en higienizarte la cavidad bucal?	1	1 minuto
		2	3 minutos
		3	5 minutos o mas
		4	No sabe, no contesta

23	¿Utilizas dentífrico u otros?	1	Si
		2	No
		3	A veces
24	¿Te cepillas la parte interna de los dientes?	1	Si
		2	No
		3	A veces
		4	Nunca
25	¿Te cepillas la lengua?	1	Si
		2	No
		3	A veces
		4	Nunca
26	¿Utilizas hilo dental o limpiadores interdetales?	1	Si
		2	No
		3	A veces
		4	Nunca
27	¿Haces enjuagues con flúor?	1	Si
		2	No
		3	A veces
		4	Nunca
28	¿Cómo mueves el cepillo de dientes?	1	Frotando horizontalmente
		2	En vertical
		3	De las dos formas
		4	Al azar

		5	No sabe/ no contesta
29	¿Con qué frecuencia visitas al odontólogo?	1	Cada 6 meses
		2	1 a vez al año
		3	Cada 2 años o mas
		4	Nunca
		5	Solo si tengo algún problema
30	¿Tenés un cepillo de dientes para vos solo?	1	Si
		2	No

31	¿Con qué frecuencia cambias tu cepillo de dientes?	1	Cada 3 meses
		2	Cada 6 meses
		3	Cada año
		4	Cuando se rompe
		5	No sabe/ no contesta
32	¿Te animan tus padres a higienizarte los dientes?	1	Si
		2	No
		3	A veces
33	¿Qué cantidad de veces al día consumís golosinas u otros alimentos o bebidas azucaradas?	1	5 o mas
		2	Menos de 5
		3	Ninguna
34	¿Tienes dolor en los dientes?	1	Con frecuencia
		2	Alguna vez
		3	Nunca
35	¿Tienes caries?	1	Si
		2	No
		3	No lo se
36	¿Te ha extraído el odontólogo alguna pieza dental?	1	Si
		2	No



		3	No lo se
37	¿Usas aparatos de ortodoncia u ortopedia?	1	Si
		2	No
	Si contestaste que si, cuanto tiempo		
38	¿Tenés mal aliento bucal?	1	Si
		2	No
		3	A veces
39	¿Te sangran las encías?	1	Si, al cepillarme
		2	Si, espontáneamente
		3	No
40	¿Estás satisfecho con tu sonrisa?	1	Mucho
		2	Regular
		3	Poco
		4	Nada
		5	No sabe / no contesta
41	¿Cómo evalúas la atención del profesional odontólogo que te atendió del CPSERC?	1	Muy mala
		2	Mala
		3	Regular
		4	Buena
		5	Muy buena

Anexo 2:

**Resultados de las encuestas realizadas**

**Tabla 1: Encuesta a estudiantes: Identificación de la muestra por edad**

<b>Edad</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
18	2	1	3	4,84%
19	4	4	8	12,90%
20	8	6	14	22,58%
21	3	4	7	11,29%
22	2	2	4	6,45%
23	3	1	4	6,45%
24	3	3	6	9,68%
25	2	2	4	6,45%
26	3	1	4	6,45%
27	2	1	3	4,84%
28	1	2	3	4,84%
29	1	1	2	3,23%
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>28</b>	<b>62</b>	<b>100,00%</b>

El 58,06% de los estudiantes encuestados tiene entre 18 a 22 años

**Tabla 2. Encuesta a estudiantes: Identificación de la muestra por sexo**

<b>Sexo Maculino/Femenino</b>	<b>Escala</b>	<b>Detalle</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sexo	1	Masculino	34	54,84%
	2	Femenino	28	45,16%
Total			<b>62</b>	<b>100%</b>

## 1. Encuesta Estudiantes: Perfil socioeconómico

**Tabla 3: Localidad de origen**

Localidad de origen	Escala	Detalle	n	%
Localidad en que vivía antes de ingresar a la universidad	1	Capital de Formosa	33	53,23%
	2	Interior de la Provincia	29	46,77%
	3	Otros	0	0 %
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 4: Localidad rural o urbana**

Localidad rural o urbana	Escala	Detalle	n	%
Esa localidad del interior es	1	Urbana	10	34,48%
	2	Rural	19	65,52%
<b>Total</b>			<b>29</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 5: Residencia actual**

Residencia actual	Escala	Detalle	n	%
Hoy vive en Formosa Capital	1	Si	47	75,81%
	2	No	15	24,19%
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 6: Situación habitacional actual**

Situación habitacional actual	Escala	Detalle	n	%
En qué contexto vive:	1	Alquila	33	53,23%
	2	Vive en pensión	12	19,35%
	3	Vive con un familiar	15	24,19%
	4	Tiene casa propia	2	3,23%
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 7: Vivienda de origen**

Tipo de vivienda de origen	Escala	Detalle	n	%
La vivienda donde viven sus padres es	1	Casa	47	75,80%
	2	Departamento	9	14,52%
	3	Casilla	0	0 %
	4	Rancho	6	9,68%
	5	otros	0	0 %
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 8: Situación habitacional de la vivienda de origen**

Situación habitacional de la vivienda de origen	Escala	Detalle	n	%
Con respecto a la vivienda donde viven sus padres es	1	Propia	43	69,35%
	2	Alquilada	16	25,81%
	3	Prestada	3	4,84%
	4	Ocupada	0	0 %
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 9: Material del piso de la casa de origen**

Material del piso de la casa de origen	Escala	Detalle	n	%
a. ¿Cuál es el material predominante del piso?	1	Cerámica	44	70,97%
	2	Baldosa	3	4,84%
	3	Alfombra	5	8,06%
	4	Cemento	8	12,90%
	5	Tierra	2	3,23%
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 10: Material del techo de la casa de origen**

Material del techo de la casa de origen	Escala	Detalle	n	%
b. ¿Cuál es el material	1	Losa	47	75,81%

predominante del techo?	2	Chapa con cielo raso	11	17,74%
	3	Chapa sin cielo raso	4	6,45%
	4	Chapa de cartón	0	0 %
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 11: Acceso al agua**

Acceso al agua	Escala	Detalle	n	%
c. ¿Tiene agua?	1	Dentro de la vivienda	56	90,32%
	2	Fuera de la vivienda	6	9,68%
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 12: Provisión de agua**

Provisión de agua	Escala	Detalle	n	%
d. ¿El agua que usa? Proviene de	1	Red publica	53	85,48%
	2	Perforación con motor	8	12,90%
	3	Perforación manual	1	1,61%
	4	Pozo	0	0 %
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 13: Baño o Letrina**

Baño o Letrina	Escala	Detalle	n	%
e. ¿Tiene?	1	Baño	59	95,16%
	2	Letrina	3	4,84%
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 14: Acceso a gas natural, envasado o leña**

Acceso a gas natural, envasado o	Escala	Detalle	n	%
----------------------------------	--------	---------	---	---

leña				
f. ¿Para cocinar utiliza?	1	Gas por red domiciliaria	5	8,06%
	2	Tubo de gas	54	87,10%
	3	Leña	3	4,84%
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

g. ¿Promedio de cantidad de habitaciones, que tiene la vivienda que no sean cocina y el baño? **El promedio nos da 3**

**Tabla 15: Telefonía**

Telefonía	Escala	Detalle	n	%
h. ¿Tiene teléfono?	1	Teléfono (línea fija)	1	1,61%
	2	Celular	20	32,26%
	3	Ambos	41	66,13%
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 16: Ingresos del hogar de origen**

En los últimos 3 meses las personas de este hogar han vivido

Tabulación	Escala	Detalle	n	%
-...de lo que ganan en el trabajo?	1	Si	44	70,97%
-...de alguna jubilación o pensión?	1	Si	8	12,90%
-...de indemnización de despido?	1	Si	0	0 %
-...de seguro de desempleo?	1	Si	1	1,61%
-...de ayuda social (¿dinero de la iglesia, gobierno, etc.?)	1	Si	0	0 %
-...con mercaderías, ropa, alimentos de familiares, vecinos u otras personas que no viven en ese hogar?	1	Si	0	0 %
-...ganancias de un negocio en el que no trabajan?	1	Si	5	8,06%
-...una beca de estudios?	1	Si	4	6,45%

-...cuotas de alimentos de personas que no viven en ese hogar?	1	Si	0	0 %
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 16: Enfermedad**

Enfermedad	Escala	Detalle	n	%
¿Padece de alguna enfermedad?	1	Si	2	3,23%
	2	No	60	96,77%
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 17: Hábito de fumar**

Hábito de fumar	Escala	Detalle	n	%
¿Usted fuma?	1	Si	38	61,29%
	2	No	24	38,71%
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 18: Diabetes**

Diabetes	Escala	Detalle	n	%
¿Tiene Diabetes?	1	Si	1	1,61%
	2	No	61	98,39%
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 19: Consumo de golosinas o bebidas azucaradas**

Consumo de golosinas o bebidas azucaradas	Escala	Detalle	n	%
¿Qué cantidad de veces al día consumís golosinas u otros alimentos o bebidas azucaradas?	1	5 o mas	13	20,97%
	2	Menos de 5	47	75,81%
	3	Ninguna	2	3,23%
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

## **2. Encuesta Estudiantes: Conocimiento en salud e higiene bucal**

**Tabla 20: Origen del conocimiento en el cepillado bucal**

Origen del conocimiento en el cepillado bucal	Escala	Detalle	n	%
¿Quién te ha enseñado a higienizarte los dientes?	1	Tus padres	51	82,26%
	2	En la escuela	5	8,06%
	3	La televisión	0	0 %
	4	Odontólogo	3	4,84%
	5	Nadie	3	4,84%
	6	Otros	0	0 %
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 21: Motivos por los que te higienizas los dientes**

Motivos por los que te higienizas los dientes	Escala	Detalle	n	%
¿Por qué te higienizas los dientes?	1	Por obligación	7	11,29%
	2	Por higiene	55	88,71%
	3	Otros	0	0 %
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 22: Cepillado interno de dientes**

Cepillado interno de dientes	Escala	Detalle	n	%
¿Te cepillas la parte interna de los dientes?	1	Si	14	22,58%
	2	No	6	9,68%
	3	A veces	42	67,74%
	4	Nunca	0	0 %
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 23: Cepillado de lengua**

Cepillado de lengua	Escala	Detalle	n	%
¿Te cepillas la lengua?	1	Si	3	4,84%
	2	No	11	17,74%
	3	A veces	42	67,74%
	4	Nunca	6	9,68%



<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100 %</b>
--------------	-----------	--------------

**Tabla 24: Movimiento del cepillado**

<b>Movimiento del cepillado</b>	<b>Escala</b>	<b>Detalle</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
¿Cómo mueves el cepillo de dientes?	1	Frotando horizontalmente	50	80,65%
	2	En vertical	5	8,06%
	3	De las dos formas	4	6,45%
	4	Al azar	3	4,84%
	5	No sabe/ no contesta	0	0 %
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 25: Motivación dada por los padres a la higiene bucal**

<b>Motivación dada por los padres a la higiene bucal</b>	<b>Escala</b>	<b>Detalle</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
¿Te animan tus padres a higienizarte los dientes?	1	Si	3	4,84%
	2	No	40	64,52%
	3	A veces	19	30,65%
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

### **3. Encuesta Estudiantes: Actitudes relacionadas con la salud bucal**

**Tabla 26: Frecuencia con la que se higieniza los dientes**

<b>Frecuencia con la que se higieniza los dientes</b>	<b>Escala</b>	<b>Detalle</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
¿Con qué frecuencia te higienizas los dientes?	1	Cuando te levantas	52	83,87%
	2	Antes de	8	12,90%

		acostarte		
	3	Después de cada comida	2	3,23%
	4	De vez en cuando	0	0 %
	5	Nunca	0	0 %
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 27: Tiempo empleado en higienizarse los dientes**

<b>Tiempo empleado en higienizarse los dientes</b>	<b>Escala</b>	<b>Detalle</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
¿Cuánto tiempo empleas en higienizarte la cavidad bucal?	1	1 minuto	52	83,87%
	2	3 minutos	3	4,84%
	3	5 minutos o mas	6	9,68%
	4	No sabe, no contesta	1	1,61%
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 28: Uso de dentífrico**

<b>Uso de dentífrico</b>	<b>Escala</b>	<b>Detalle</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
¿Utilizas dentífrico u otros?	1	Si	56	90,32%
	2	No	4	6,45%
	3	A veces	2	3,23%
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 29: Uso de hilo dental**

<b>Uso de hilo dental</b>	<b>Escala</b>	<b>Detalle</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
¿Utilizas hilo dental o limpiadores interdetales?	1	Si	3	4,84%
	2	No	8	12,90%
	3	A veces	21	33,87%
	4	Nunca	30	48,39%
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 30: Uso de enjuagues con flúor**

Uso de enjuagues con flúor	Escala	Detalle	n	%
¿Haces enjuagues con flúor?	1	Si	5	8,06%
	2	No	14	22,58%
	3	A veces	40	64,52%
	4	Nunca	3	4,84%
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 31: Frecuencia de visita al odontólogo**

Frecuencia de visita al odontólogo	Escala	Detalle	n	%
¿Con qué frecuencia visitas al odontólogo?	1	Cada 6 meses	8	12,90%
	2	1 a vez al año	9	14,52%
	3	Cada 2 años o mas	0	0 %
	4	Nunca	0	0 %
	5	Solo si tengo algún problema	45	72,58%
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 32: Cepillo de dientes personal**

Cepillo de dientes personal	Escala	Detalle	n	%
¿Tenés un cepillo de dientes para vos solo?	1	Si	61	98,39%
	2	No	1	1,61%
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 33: Frecuencia de renovación del cepillo dental**

Frecuencia de renovación del cepillo dental	Escala	Detalle	n	%
¿Con qué frecuencia cambias tu cepillo de dientes?	1	Cada 3 meses	1	1,61%
	2	Cada 6 meses	10	16,13%
	3	Cada año	7	11,29%
	4	Cuando se	41	66,13%

		rompe		
	5	No sabe/ no contesta	3	4,84%
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

#### 4. Encuesta Estudiantes: Afecciones bucales

**Tabla 34: Dolor dental**

<b>Dolor dental</b>	<b>Escala</b>	<b>Detalle</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
¿Tienes dolor en los dientes?	1	Con frecuencia	10	16,13%
	2	Alguna vez	47	75,81%
	3	Nunca	5	8,06%
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 35: Caries**

<b>Caries</b>	<b>Escala</b>	<b>Detalle</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
¿Tienes caries?	1	Si	43	69,35%
	2	No	5	8,06%
	3	No lo se	14	22,58%
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 36: Extracción de piezas dentales**

<b>Extracción de piezas dentales</b>	<b>Escala</b>	<b>Detalle</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
¿Te ha extraído el odontólogo alguna pieza dental?	1	Si	45	72,58%
	2	No	17	27,42%
	3	No lo se	0	0 %
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 37: Mal aliento**

<b>Mal Aliento</b>	<b>Escala</b>	<b>Detalle</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
¿Tenes mal aliento bucal?	1	Si	5	8,06%
	2	No	15	24,19%

	3	A veces	42	67,74%
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 38: Sangrado de encías**

Sangrado de encías	Escala	Detalle	n	%
¿Te sangran las encías?	1	Si, al cepillarme	49	79,03%
	2	Si, espontáneamente	8	12,90%
	3	No	5	8,06%
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 39: Aparatos de ortondocia**

Aparatos de ortondocia	Escala	Detalle	n	%
¿Usas aparatos de ortodocia u ortopedia?	1	Si	2	3,23%
	2	No	60	96,77%
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

Si contestaste que sí, cuanto tiempo: las respuestas fueron 2 y 3 años

**Tabla 40: Satisfacción con la estética y salud bucal**

Satisfacción con la estética y salud bucal	Escala	Detalle	n	%
¿Estás satisfecho con tu sonrisa?	1	Mucho	17	27,42%
	2	Regular	33	53,23%
	3	Poco	5	8,06%
	4	Nada	4	6,45%
	5	No sabe / no contesta	3	4,84%
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

## 5. Encuesta Estudiantes: Instalación, equipamiento y recursos humanos del CPSERC

**Tabla 41: Instalaciones del CPSERC**

Instalaciones del CPSERC	Escala	Detalle	n	%
¿Qué opina de las instalaciones edilicias del CPSERC?	1	Muy mala	0	0%
	2	Mala	8	12,90%
	3	Regular	39	62,90%
	4	Buena	13	20,97%
	5	Muy buena	2	3,23%
			<b>62</b>	<b>100%</b>

**6. Encuesta Odontólogos: Instalación, equipamiento y recursos humanos del CPSERC**

**Tabla 42: Instalaciones del CPSERC**

Instalaciones del CPSERC	Escala	Detalle	n	%
¿El CPSERC cuenta con las instalaciones edilicias adecuadas para asistir a la demanda de atención odontológica?	1	Si	2	25 %
	2	No	6	75 %
Total			8	100%

Si, contesto No, que modificaciones sugiere para las instalaciones: las respuestas con mayor frecuencia fueron: **Ampliación – Refacción**

**Tabla 43: Instalaciones del CPSERC**

Instalaciones del CPSERC	Escala	Detalle	n	%
¿El CPSERC cuenta con equipos necesarios para asistir a la demanda de atención odontológica?	1	Si	6	75 %
	2	No	2	25 %
Total			<b>8</b>	<b>100%</b>

Si, contesto No, sugiera cuales serían: la respuesta con mayor frecuencia fue: **Rayos X**

**Tabla 44: Recursos humanos**

Recursos humanos	Escala	Detalle	n	%
¿El CPSERC cuenta con los recursos humanos (odontólogos y asistentes) necesarios para asistir a la demanda de atención odontológica?	1	Si	1	12,50%
	2	No	7	87,50%
Total			8	100%

Si, contesto No, detalle cuantas personas harían falta: la respuesta con mayor promedio fue 3

## 7. Encuesta Estudiantes: Consulta sobre la atención del CPSERC

**Tabla 45: Trato del profesional que lo atendió**

Tabulación	Escala	Detalle	n	%
¿Cómo evalúa el trato de atención del profesional que lo atendió?	1	Muy mala	0	0 %
	2	Mala	3	4,84%
	3	Regular	14	22,58%
	4	Buena	39	62,90%
	5	Muy buena	6	9,68%
Total			62	100 %

**Tabla 46: Tiempo de espera**

Tiempo de espera	Escala	Detalle	n	%
- Según tiempo de espera para su atención	1	No estuvo espera	45	72,58%
	2	Regular	14	22,58%
	3	Larga	3	4,84%
Total			62	100 %

**Tabla 47: Tratamiento realizado**

<b>Tratamiento realizado</b>	<b>Escala</b>	<b>Detalle</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
- Según tratamiento realizado	1	Muy mala	0	0 %
	2	Mala	2	3,23%
	3	Regular	10	16,13%
	4	Buena	45	72,58%
	5	Muy buena	5	8,06%
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 48: Diagnóstico proporcionado**

<b>Diagnóstico proporcionado</b>	<b>Escala</b>	<b>Detalle</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
¿Cómo fue la información recibida? (explicación del diagnóstico – tratamiento realizado)	1	Muy mala	0	0 %
	2	Mala	0	0 %
	3	Regular	7	11,29%
	4	Buena	50	80,65%
	5	Muy buena	5	8,06%
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 47: Resolución del problema**

<b>Resolución del problema</b>	<b>Escala</b>	<b>Detalle</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
¿Resolvieron su problema?	1	Si	56	90,32%
	2	No	6	9,68%
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 49: Seguimiento en base del problema**

<b>Seguimiento en base del problema</b>	<b>Escala</b>	<b>Detalle</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
¿Luego de la atención le hicieron seguimiento en base al problema por el que consulto?	1	Si	54	87,10%
	2	No	8	12,90%



<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100 %</b>
--------------	-----------	--------------

**Tabla 50: Evaluación de la atención del odontólogo**

<b>Tabulación</b>	<b>Escala</b>	<b>Detalle</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
¿Cómo evalúas la atención del profesional odontólogo que te atendió del CPSERC?	1	Muy mala	0	0 %
	2	Mala	1	1,61%
	3	Regular	9	14,52%
	4	Buena	48	77,42%
	5	Muy buena	4	6,45%
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

## **8. Encuesta Estudiantes: Consulta sobre prevención y gestión del CPSERC**

**Tabla 51: Prevención del CPSERC**

<b>Prevención del CPSERC</b>	<b>Escala</b>	<b>Detalle</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
¿Los profesionales del CPSERC desarrollan campañas preventivas, en la Universidad?	1	Si	7	11,29%
	2	No	55	88,71%
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

Si, contesto si ¿Detalle cuáles?: Las respuestas más frecuentes fueron: **cuidado bucal**

**Tabla 52: Sugerencias de comunicación para prevención del CPSERC**

<b>Sugerencias de comunicación para prevención del CPSERC</b>	<b>Escala</b>	<b>Detalle</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
¿Qué sugerencia propondría para mejorar el canal de comunicación de acciones preventivas del CPSERC?	1	a través de redes sociales	48	77,42%
	2	en el aula	6	9,68%
	3	en los espacios de ocio de los estudiantes	8	12,90%
<b>Total</b>			<b>62</b>	<b>100 %</b>

## 9. Encuesta Odontólogos: Consulta sobre la población atendida

**Tabla 53: Razones de los problemas de salud bucal en los estudiantes**

Tabulación	Escala	Detalle	n	%
Cree usted que los problemas de Salud Bucal de los estudiantes de 1er y 2do año que concurren con frecuencia a su servicio, se deben mayormente a:	1	Situación económica personal	1	12,50%
	2	Falta de conocimientos sobre Salud Bucal	6	75 %
	3	Desinterés en su autocuidado	1	12,50%
	4	Otros	0	0 %
Total			8	100 %

**Tabla 54: Preocupación de los estudiantes por su salud bucal**

Tabulación	Escala	Detalle	n	%
Los estudiantes que atiende, considera ud, que:	1	Están preocupados por sus enfermedades bucales	5	62,50%
	2	No les preocupa	2	25 %
	3	Entienden de qué manera les afectara en su imagen personal y desarrollo profesional futuro	1	12,50%
	4	Otros	0	0 %
Total			8	100 %

## 10. Encuesta Odontólogos: Consulta sobre la gestión y gobernanza del CPSERC

**Tabla 55: Sistematización e informatización de las HC**

<b>Sistematización e informatización de las HC</b>	<b>Escala</b>	<b>Detalle</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
¿Cree que la sistematización e informatización de las HC y planes de tratamientos, sería una herramienta útil?	1	Si	7	87,50%
	2	No	1	12,50%
Total			<b>8</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 56: Planes, programas y procedimientos**

<b>Planes, programas y procedimientos</b>	<b>Escala</b>	<b>Detalle</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
¿Los planes o programas están respaldados por tareas, rutinas, informes y procedimientos ordinarios o de emergencia?	1	Si	0	0 %
	2	No	8	100 %
Total			<b>8</b>	<b>100 %</b>

Los profesionales respondieron en su totalidad con un NO

**Tabla 57: Formatos para informes, estadísticas y controles**

<b>Formatos para informes, estadísticas y controles</b>	<b>Escala</b>	<b>Detalle</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
¿Existen formatos para informes, estadísticas y controles?	1	Si	3	37,50%
	2	No	5	62,50%
Total			<b>8</b>	<b>100 %</b>

Si contestó Si, ¿se usan correctamente?: la respuesta con mayor frecuencia fue: **Si**

**Tabla 58: Eficiencia del CPSERC**

<b>Tabulación</b>	<b>Escala</b>	<b>Detalle</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
¿Se trabaja para mejorar la	1	Si	1	12,50%

eficiencia del CPSERC?	2	No	7	87,50%
Total			8	100 %

Si contestó Si, ¿detalle de qué manera?: la respuesta con mayor frecuencia fue: **Charlas motivacionales**

**Tabla 59: Manuales de procedimientos**

Manuales de procedimientos	Escala	Detalle	n	%
¿El CPSERC cuenta con manuales de procedimientos?	1	Si	0	0 %
	2	No	8	100 %
Total			8	100 %

Si contestó No, ¿Cree que podrían ser útil, detalle por qué?: las respuestas con mayor frecuencia fueron: **Si, porque nos ayudaría a estar mejor organizados.**

**Consulta:** ¿Qué sugerencia aportaría para mejorar la atención diaria del CPSERC?

Las respuestas con mayor frecuencia fueron: **Incorporar asistentes dentales**

**Tabla 60: Funcionamiento del CPSERC basado en reglas o normas**

Funcionamiento del CPSERC basado en reglas o normas	Escala	Detalle	n	%
¿Si Ud. tuviera que decirme cómo funciona el CPSERC, éste se basa en?	1	Normas	0	0 %
	2	Reglas	8	100 %
Total			8	100 %

**Tabla 61: Jerarquía de funcionamiento del CPSERC**

Jerarquía	Escala	Detalle	n	%
¿Tiene una jerarquía?	1	Si	0	0 %
	2	No	8	100 %
Total			8	100 %

**Tabla 62: Proceso de toma de decisiones verticalista**

Proceso de toma de decisiones verticalista	Escala	Detalle	n	%
¿Le parece verticalista la toma de decisiones?	1	Si	8	100 %
	2	No	0	0 %
Total			8	100 %

**Tabla 63: Participación en el proceso de toma de decisiones**

Participación en el proceso de toma de decisiones	Escala	Detalle	n	%
¿Los profesionales participan en las decisiones que se toman dentro CPSERC?	1	Si	1	12,50%
	2	No	7	87,50%
Total			8	100 %

Si contestó Si, ¿De qué manera?: La única respuesta fue: **Si en conjunto con el director**

**Tabla 64: Apertura al diseño de programas de acción de la opinión de los usuarios**

Tabulación	Escala	Detalle	n	%
¿Para definir los programas de acción consideran la opinión de los usuarios, se les consulta?	1	Si	2	25 %
	2	No	6	75 %
Total			8	100 %

Si contestó Si, ¿De qué manera?: Las dos respuestas fueron las siguientes: **de manera verbal**. Se les pregunto además con qué frecuencia: **las respuestas fueron mensualmente**.

**Tabla 65: Mejora del servicio de atención odontológica**

Tabulación	Escala	Detalle	n	%
¿Usted cree que se podría mejorar el servicio de atención odontológica en el CPSERC?	1	Si	6	75 %
	2	No	2	25 %
<b>Total</b>			<b>8</b>	<b>100 %</b>

Si contestó Si, ¿De qué manera?: las respuestas fueron: **con más asistentes – con espacio físico más amplio**

**Tabla 66: Posibilidades de políticas preventivas**

Tabulación	Escala	Detalle	%	%
Basado en su relación con los estudiantes: ¿Cree posible la planificación de políticas preventivas de Salud Bucal con participación de los mismos?	1	Si	8	100 %
	2	No	0	0 %
<b>Total</b>			<b>8</b>	<b>100 %</b>

Si contestó Si, ¿De qué manera?: **la respuesta más frecuente fue: talleres participativos.**